

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

COMME EXIGENCE PARTIELLE DU DOCTORAT
EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE (D. Ps.)

PAR
KATHLEEN GAGNON

EFFICACITÉ ET FAISABILITÉ D'UNE THÉRAPIE COGNITIVE-
COMPORTEMENTALE COMBINÉE AU SOUTIEN CONJUGAL SUR
L'INQUIÉTUDE ET L'ANXIÉTÉ DE NOUVEAUX PÈRES EN POST-PARTUM

17 JANVIER 2020

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PROGRAMME OFFERT PAR L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

EFFICACITÉ ET FAISABILITÉ D'UNE THÉRAPIE COGNITIVE-
COMPORTEMENTALE COMBINÉE AU SOUTIEN CONJUGAL SUR
L'INQUIÉTUDE ET L'ANXIÉTÉ DE NOUVEAUX PÈRES EN POST-PARTUM

PAR KATHLEEN GAGNON

Patrick Gosselin, Directeur de recherche

Université de Sherbrooke

Guylaine Côté, Évaluatrice interne

Université de Sherbrooke

Frédéric Langlois, Évaluateur externe

Université du Québec à Trois-Rivières

Sommaire

La transition à la parentalité est une période d'adaptation durant laquelle l'apparition d'un trouble anxieux est très fréquente pour les parents, notamment le Trouble d'anxiété généralisée (TAG). Les études épidémiologiques montrent que ce trouble touche à la fois les mères et les pères, bien que les recherches sur ces derniers soient peu nombreuses. Des travaux récents semblent appuyer l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ciblant le TAG et des mécanismes de vulnérabilité psychologiques à la base de la tendance à s'inquiéter. Or, ces études ont été réalisées auprès d'un nombre limité de patients et ont porté sur des échantillons de mères. En premier lieu, ce projet de thèse vise à mesurer l'efficacité et le maintien des gains d'une TCC adaptée aux nouveaux pères souffrant de symptômes du TAG et d'inquiétudes excessives. Une composante de soutien conjugal a été intégrée, compte tenu du lien entre ce facteur et l'anxiété postnatale. En deuxième lieu, ce projet vise à mesurer la faisabilité, l'adhérence et la satisfaction des pères envers le traitement proposé. Un protocole expérimental à cas uniques et à niveaux de base multiples a été appliqué. Deux pères primipares souffrant de symptômes du TAG et d'inquiétudes, accompagnés de leur conjointe pour quelques séances, ont bénéficié d'une TCC totalisant 12 séances. Le participant 1 ne présente plus de TAG et démontre des changements cliniques à l'évaluation du suivi post-traitement à deux semaines et trois mois. Les deux participants rapportent une meilleure compréhension de l'anxiété, une diminution des symptômes d'anxiété et apprécier le traitement. Bien que certains gains soient observés, les résultats sont moins prometteurs qu'envisagés quant à l'efficacité de la TCC sur la réduction des symptômes du TAG et des inquiétudes, ainsi que sur le

maintien des résultats. À court terme, aucun changement est constaté au niveau des inquiétudes pour le participant 2. Finalement, l'adhérence et la satisfaction des nouveaux pères à la TCC appuient la faisabilité du protocole. Les difficultés rencontrées au recrutement et les résultats de l'étude ont permis de constater des obstacles quant à la participation à la thérapie des pères en post-partum. Ces difficultés ont aussi permis de formuler des pistes d'amélioration pour l'intervention à prodiguer.

Mots-clés : Trouble d'anxiété généralisée, thérapie cognitive-comportementale, anxiété post-partum, pères, protocole à cas unique, inquiétudes, soutien conjugal, faisabilité.

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Remerciements	ix
Introduction	1
Contexte théorique	6
Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	7
L'inquiétude excessive	8
Les impacts du TAG et de la paternité	9
Modèle explicatif du TAG	9
Autres variables liées à la résolution de problèmes	13
Efficacité des traitements visant les symptômes du TAG en post-partum	14
Thérapie individuelle plutôt que de groupe	16
Psychothérapie individuelle avec une composante de soutien conjugal	18
Le soutien conjugal	21
Objectifs et questions de recherche	22
Méthode	23
Déroutement	24
Participants	24
Instruments de mesure	29
Mesure des symptômes et critères diagnostics du TAG	30
Mesure des carnets d'auto-observations	31
Mesure des variables cognitives comportementales ciblées par le traitement	32
Mesures d'effets de généralisation du traitement	33
Mesure des symptômes du TAG et des effets de généralisation du traitement par la conjointe	36
Protocole expérimental	35
Éthique et déontologie	36
Traitement et thérapeute	37
Composantes du traitement	40

Résultats	42
Carnets d’auto-observations quotidiennes	43
Questionnaire auto-rapporté rempli à toutes les semaines	45
Évaluation clinique diagnostique	47
Questionnaires auto-rapportés.....	47
L’évaluation subjective du traitement par les participants.....	51
Adhérence au traitement	53
Discussion	55
Adhésion, appréciation et faisabilité du traitement.....	64
L’absence de congé paternel durant le traitement.....	69
Le recrutement	74
Pistes de recherches futures	73
Forces et limites de l’étude	76
Conclusion.....	82
Références	86
Appendice A Affiche de recrutement	101
Appendice B Dépliant de recrutement	103
Appendice C Mesure des carnets d’auto-observations	105
Appendice D Grille d’auto-évaluation du traitement.....	107
Appendice E Questionnaire sur l’inquiétude et l’anxiété – Conjointe (QIA-C).....	111
Appendice F Questionnaire maison sur les Inquiétudes et sur la parentalité – Conjointe (QIP-C)	115
Appendice G Inventaire de dépression post-partum d’Edinburgh – Conjointe (EPDS-C)	117
Appendice H Tableau synthèse.....	119
Appendice I Formulaires d’information et de consentement.....	121

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Résultats aux questionnaires aux différentes phases d'évaluation.....53

Liste des figures

Figures

1	Temps d'inquiétude des carnets d'auto-observations du P1.	44
2	Temps d'inquiétude des carnets d'auto-observations du P2.	44
3	Niveau de la tendance à s'inquiéter de la dernière semaine du P1.	46
4	Niveau de la tendance à s'inquiéter de la dernière semaine du P2.	46

Remerciements

J'aimerais remercier mon directeur de mémoire doctoral, Patrick Gosselin, de m'avoir accompagnée et encadrée dans mon parcours doctoral. J'éprouve beaucoup de gratitude concernant ta présence, tes encouragements et tout ce temps dédié à l'avancement de mon étude. Je te remercie de ce temps pris pour m'écouter et me soutenir lors de périodes plus difficiles et d'avoir respecté mes limites et mes besoins de façon empathique. Je me considère chanceuse d'avoir eu cette opportunité de travailler avec un si bon chercheur/clinicien et surtout une personne si humaine et dévouée à ses étudiants. À aucun moment, j'ai douté de mon choix de collaborer avec toi. J'ai adoré mes années à travailler ensemble et je te remercie sincèrement pour tout.

Je remercie les professeurs(es), chargés(es) de cours, ainsi que les étudiants rencontrés au BAC en psychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi et au doctorat à l'Université de Sherbrooke, plus particulièrement à mes collègues et maintenant amies : Alexandra Tremblay de Chicoutimi, Laura Charpentier et Caroline Dussault de Sherbrooke. La rencontre d'étudiants et de professionnels passionnés m'a permis de me découvrir et de me développer en tant que personne et professionnelle, ainsi que de me diriger vers une merveilleuse profession. Vous m'avez inspirée.

Je remercie aussi mon entourage, surtout mes parents, ma sœur et mes amis. Je suis reconnaissante de votre patience, de vos encouragements et de cette confiance accordée durant mon parcours universitaire. Pour moi, cela compte énormément. Votre présence m'a permise et me permet encore d'avancer et de croire en moi. Ce projet signifiait

beaucoup, c'est la réalisation d'un de mes plus grands rêves, et vous l'avez accompli avec moi.

Un petit mot plus spécifique à mon conjoint Dave Guillemette. Depuis trois ans et demi, tu partages mes rêves, mes ambitions et mes angoisses. Merci de ta présence, de ton accueil et de tout l'amour que tu me portes, cela m'a permis de traverser cette étape de vie laborieuse, le doctorat en psychologie. Tu as été ma source de motivation et d'inspiration.

Introduction

La transition à la parentalité est une période de grands changements pour les parents (Kumar, Robson, & Smith, 1984), surtout en ce qui concerne leurs relations sociales et leur statut dans la société (Marks & Lovestone, 1995). Ils doivent s'adapter à de nouvelles responsabilités, à de nouveaux rôles et, conséquemment, à de nouvelles préoccupations. Cette période serait notamment propice au développement de troubles psychologiques (Kumar et al., 1984).

Les recherches réalisées sur cette période de vie portent surtout sur la dépression post-partum (p. ex., Clark, Tluczek, & Wenzel, 2003; Logsdon, Wisner, Billings & Shanaham, 2006; Skari et al., 2002), étant donné la forte prévalence de ce trouble. Cependant, dans une étude descriptive réalisée auprès de 147 femmes, Wenzel, Haugen, Jackson et Brendle (2005) rapportent que la prévalence d'un trouble anxieux en période post-partum chez les femmes serait plus élevée que la prévalence de la dépression post-partum. Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) serait le trouble le plus fréquent dans cette période de vie (Wenzel et al., 2005). L'anxiété présente aussi un haut niveau de comorbidité avec d'autres conditions psychiatriques, dont la dépression, les troubles de la personnalité et d'autres troubles anxieux (Fowler et al., 2017; Leach, Poyser, Cooklin, & Giallo, 2016). Le pourcentage de femmes qui en souffrent (c.-à-d., entre 4,4 et 8,2 %) y apparaît plus élevé que celui observé dans la population générale (c.-à-d., 4,3 %; voir Ballard, Davis,

Handy, & Mohan, 1993; Wenzel et al., 2005). De plus, une étude longitudinale comprenant 196 mères précise que les symptômes du TAG, vécus en post-partum, sont précurseurs du développement de symptômes dépressifs ou de la dépression majeure post-partum (Prenoveau et al., 2013). Cette étude montre aussi que les symptômes du TAG en post-partum se chronicisent sans intervention. Cette problématique ne serait donc pas transitoire lors de cette période. Une étude de Eaton, Neufeld, Chen et Cai (2000) rapporte que les symptômes dépressifs sont fréquemment sous-détectés chez les hommes, les personnes âgées, ainsi que lorsqu'il y a une altération moindre du fonctionnement chez la personne. Cette conclusion amène à penser qu'il est possible que les symptômes d'anxiété soient aussi sous-détectés chez cette population.

Une lacune des travaux sur l'anxiété en post-partum concerne le nombre restreint d'études menées chez les hommes. Une étude longitudinale à mesures répétées de Capponi (2014) a évalué à l'aide d'une entrevue semi-structurée et de questionnaires auto-rapportés le lien entre les aspects relationnels lors de l'accès à la parentalité et l'anxiété auprès de 52 couples hétérosexuels. Selon les résultats de cette étude, le niveau d'anxiété chez les pères serait semblable à celui des femmes. En effet, les pères et les mères présenteraient des scores similaires au niveau de l'anxiété, du réseau social, de la qualité de la relation conjugale et de la dimension affective des besoins de soutien. Une revue systématique de Leach et al. (2016) indique que les pères expérimentent entre 4 % et 16 % d'anxiété lors de la période avant la naissance de leur bébé, ainsi qu'entre 2 % et 18 % en post-partum. Edmondson, Psychogiou, Vlachos, Netsi et Ramchandani (2010) notent dans une étude descriptive de 192 hommes que 6,3 % des nouveaux pères souffrent du TAG en

post-partum, 14 semaines suivant la naissance. Leur anxiété aurait tendance à augmenter durant cette étape (Buist, Morse, & Durkin, 2003; Gjerdingen & Center, 2003; Skari et al., 2002). Lors de la transition à la paternité, les hommes rapportent aussi une diminution de la satisfaction conjugale et l'impression d'être contrôlés par la mère, engendrant de la détresse émotionnelle. C'est donc une période de vulnérabilité pour les nouveaux pères (Buist et al., 2003).

Par ailleurs, une étude récente quasi-expérimentale à cas unique de Favre (2014) montre que la thérapie cognitive-comportementale (TCC) serait efficace chez les femmes primipares (parent d'un premier enfant) souffrant de symptômes du TAG et d'inquiétudes en post-partum. Cette thérapie de 13 rencontres hebdomadaires basée sur des éléments du protocole de traitement du TAG de Dugas et Ladouceur (2000) illustre un impact positif sur les symptômes anxieux des mères, sur leur humeur, sur la perception de leur nouveau rôle de mère, sur leur satisfaction de vie et sur leur adaptation à la parentalité. Or, cette étude n'a inclus aucun père, limitant les conclusions possibles quant à l'acceptabilité et l'efficacité de la thérapie chez les hommes primipares souffrant de symptômes du TAG en post-partum.

À notre connaissance, aucune étude n'a évalué l'efficacité d'un traitement ciblant les symptômes du TAG chez des hommes en post-partum, alors qu'ils sont associés à plusieurs conséquences négatives pour eux (Quevedo et al., 2011; StGeorge & Fletcher, 2011) et que peu de soutien leur est offert (Capponi, 2014). Cette étude vise à mesurer, dans un premier temps, l'efficacité et le maintien des gains d'une TCC adaptée pour les

pères primipares souffrant de symptômes du TAG en période post-partum. L'intégration d'une composante de soutien conjugal aspirait à supporter les participants et à bonifier les gains thérapeutiques. Dans un deuxième temps, cette étude vérifie la faisabilité du traitement en vérifiant l'adhésion des nouveaux pères, ainsi que leur appréciation du traitement.

Contexte théorique

Cette section définit les variables à l'étude, les objectifs et les hypothèses de recherche. Les différents travaux ayant servi de base pour l'élaboration des objectifs de recherche du mémoire et de la méthodologie y sont également présentés et critiqués.

Le Trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Le TAG se caractérise majoritairement par la présence d'une anxiété et d'inquiétudes excessives (critère A selon la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux; DSM-5; American Psychiatric Association; APA, 2013). Les préoccupations sont persistantes (critère B). Ce trouble s'accompagne d'au moins trois des six symptômes somatiques, tels que des tensions musculaires, de la fatigabilité, de l'agitation, des difficultés de concentration, des perturbations du sommeil et de l'irritation (critère C). Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative pour l'individu et nuisent à son fonctionnement (critère D) depuis au moins six mois (APA, 2013).

Les critères du TAG sont généralement les mêmes employés dans les études sur le TAG en post-partum, excluant celui de la durée. Quelques auteurs identifient aussi le trouble d'adaptation aigu avec anxiété (Matthey, Barnett, Howie, & Kavanagh, 2003) lorsque tous les critères sont présents à l'exception du critère de la durée de six mois. Lors de cette période, les thèmes d'inquiétudes les plus relatés par les pères sont la santé de

l'enfant, la relation conjugale, la crainte d'être incompetent et la crainte de perdre patience avec leur enfant (Turcotte, Lachance, Ducharme, Roy, & Gosselin, 2017).

L'inquiétude excessive

L'inquiétude excessive et incontrôlable est la principale caractéristique du TAG (DSM-5; APA; 2013). Elle se présente par des pensées verbales ou imagées. On la caractérise par une préoccupation excessive à la survenue de conséquences négatives et incertaines dans le futur (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983; Craske, Rapee, Jackel, & Barlow, 1989). L'inquiétude et l'anxiété sont deux concepts différents malgré le fait qu'ils se présentent souvent ensemble (Dugas, Gagnon, Ladouceur, & Freeston, 1998). On peut différencier l'inquiétude par l'anticipation de conséquences incertaines. Cet enchainement déclenche par la suite des émotions, telles que l'anxiété et la peur. Il est donc important, afin de comprendre l'anxiété, de connaître les inquiétudes qui sont sous-jacentes à celle-ci (Gosselin, Langlois et al., 2002). Ladouceur, Dugas et al. (2000) ont déterminé deux types d'inquiétudes : (1) les inquiétudes qui découlent d'un problème immédiat et présent (p. ex., un travail à remettre, un conflit); et (2) les inquiétudes qui ne découlent pas d'un problème immédiat, mais d'un événement futur (p. ex., la crainte de mourir d'un cancer, la mort).

Les impacts du TAG et de la paternité

Le TAG et les inquiétudes excessives peuvent avoir un impact néfaste considérable sur les individus. Outre le fait de présenter un risque accru de dépression post-partum (Prenoveau et al., 2013), le TAG est aussi lié à une augmentation des difficultés relationnelles, particulièrement une diminution de la qualité de la relation conjugale, de l'intimité entre les partenaires, une réduction de la satisfaction sexuelle ainsi qu'une faible satisfaction conjugale (Dutton, 2002; Henning, Turk, Mennin, Fresco, & Heimberg, 2007; Whisman, 2007). Les gens qui en souffrent rapportent aussi un faible niveau de satisfaction de leur vie en général et une dépréciation élevée de leur fonctionnement au travail (Henning et al., 2007). Bien qu'aucune étude ne semble avoir porté sur les conséquences du TAG auprès des pères, les travaux sur les hommes qui présentent des symptômes d'anxiété dénotent davantage d'insatisfaction conjugale et un manque de soutien affectif, ce qui amène une plus grande variation de l'anxiété (Capponi, 2014; Gawlik et al., 2014). Les nouveaux pères tendent à se sentir non reconnus, invisibles et non supportés dans cette étape (de Montigny & Lacharité, 2004; StGeorge & Fletcher, 2011). Le taux de prévalence de suicide y est aussi plus élevé (Quevedo et al., 2011).

Modèle explicatif du TAG

Selon la méta-analyse de Covin, Ouimet, Seeds et Dozois (2008), le modèle conceptuel du TAG le plus appuyé empiriquement est celui de Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998). Plusieurs études appuient des améliorations significatives et présentent un taux d'abandon faible après un traitement ciblant ces facteurs (Dugas et al., 2003; Ladouceur,

Dugas et al., 2000; Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2006). Ce modèle identifie des facteurs cognitifs liés au développement et au maintien des inquiétudes excessives du TAG pertinents pour l'intervention, notamment l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes et l'évitement cognitif. Ce modèle conceptuel se base sur l'idée que les individus souffrant d'un TAG sont plus intolérants à l'incertitude que la population en général (Ladouceur, Dugas et al., 2000). Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) rapportent que l'intolérance à l'incertitude est essentielle pour distinguer les individus souffrant cliniquement d'un TAG de ceux n'en souffrant pas.

L'intolérance à l'incertitude est la caractéristique centrale du modèle. Cette dernière permet de mieux comprendre les inquiétudes excessives en raison du lien entre ces deux variables. L'intolérance à l'incertitude joue un rôle essentiel dans l'obtention et le maintien d'inquiétudes excessives (Dugas et al., 1998; Dugas, Gosselin, & Ladouceur, 2001). L'intolérance à l'incertitude est définie par la façon qu'une personne interprète l'information dans des contextes ambigus et réagit à l'éventualité que se produise une conséquence cognitive (p. ex., inquiétudes), émotionnelle (p. ex., anxiété, frustration) et comportementale (p. ex., évitement, réassurance; Buhr & Dugas, 2002; Dugas et al., 2005; Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997). Un individu intolérant à l'incertitude présente une tendance excessive à percevoir comme étant inacceptable la possibilité qu'un événement négatif se produise (Dugas et al., 2001). Il a tendance à interpréter des informations incertaines comme étant dangereuses, ce qui a pour effet d'augmenter ses inquiétudes excessives (Dugas et al., 2005).

L'évitement cognitif est défini comme une stratégie interne utilisée par l'individu pour chasser ses inquiétudes. Il existe plusieurs types de stratégies d'évitement cognitif, notamment la distraction, la suppression de la pensée et la substitution d'images (Gosselin, Duas et al., 2002). Selon Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston, (1998), à court terme, cette stratégie interne diminue l'anxiété ressentie, ce qui peut renforcer négativement l'évitement cognitif. L'individu a la sensation d'éviter des conséquences négatives, ce qui fortifie la fausse croyance des bénéfices de s'inquiéter. Cependant, à long terme, cela empêche l'exposition et l'habituation à l'anxiété et favorise ainsi le maintien et l'aggravation des inquiétudes et de l'anxiété. Par conséquent, la qualité de vie d'un individu est altérée (Dugas & Koerner, 2005; Dugas et al., 1998). Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas, & Ladouceur (1994) mentionnent que le niveau d'inquiétude est déterminé selon les convictions à s'inquiéter. Plus précisément, les individus souffrant d'un TAG croient aux bienfaits des inquiétudes. Le fait de s'inquiéter donne l'impression d'avoir du contrôle, d'empêcher les conséquences néfastes de survenir, ainsi que d'aider à la résolution d'un problème. En thérapie, il est possible d'aider les individus souffrant du TAG à réévaluer et à corriger leurs fausses croyances, à s'exposer à leurs inquiétudes et à faire de la résolution de problèmes de façon plus adéquate, et ce, pour augmenter le niveau de tolérance à l'incertitude (Dugas et al., 1998; Ladouceur, Dugas et al., 2000).

Enfin, l'attitude négative face aux problèmes se définit par un agencement cognitif inefficace face à la résolution de problèmes et à ses habiletés personnelles pour les résoudre. L'individu présente une vision pessimiste des problèmes, une tendance à remettre en question sa capacité à les résoudre et peu de motivation à suivre une démarche

de résolution. L'individu tend à éviter et à rester passif face à la résolution de problèmes, et cela engendre l'exacerbation des inquiétudes puisque les problèmes demeurent non résolus (Gosselin, Dugas, & Ladouceur, 2002).

Viau-Guay (2011) a récemment vérifié dans une étude exploratoire si ces variables représentaient des vulnérabilités pertinentes pour expliquer les symptômes du TAG et les inquiétudes, et ce, auprès de 204 femmes primipares. Les résultats ont montré que la tendance à s'inquiéter en post-partum était surtout prédite par l'attitude négative face aux problèmes et, de façon moindre, par l'intolérance à l'incertitude. L'évitement cognitif a semblé être un facteur moins fortement lié à l'inquiétude durant cette période. Notons toutefois que cette étude est composée seulement de femmes, ce qui diminue la généralisation des résultats aux nouveaux pères. De plus, les symptômes ont été exclusivement évalués à l'aide de mesures auto-rapportées, ce qui limite la validité des résultats.

Robichaud, Dugas et Conway (2003) ont par ailleurs vérifié si l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative aux problèmes et l'évitement cognitif se présentaient différemment chez les hommes et les femmes. Leurs résultats montrent qu'ils ont des sujets d'inquiétudes similaires, mais que les femmes affichent une plus grande tendance à s'inquiéter, un plus haut niveau d'évitement cognitif, ainsi qu'une attitude plus négative face aux problèmes. Les hommes affichent une meilleure confiance en leur capacité de résolution des problèmes, ainsi qu'une évaluation plus positive de leurs difficultés. Les résultats obtenus proviennent d'un contexte général, il serait donc intéressant de vérifier

si on retrouve des résultats similaires en contexte post-partum. Ces différences constatées justifient néanmoins la pertinence de rester prudent lors de la généralisation des résultats des études chez les hommes ou dans l'application des traitements sans étude de validation clinique au préalable.

Autres variables liées à la résolution de problèmes. Des chercheurs suggèrent que d'autres facteurs psychologiques (p. ex., attitudes, croyances, comportements automatiques) sous-jacents aux problèmes, vécus comme stressés, et à la résolution de problèmes, sont liés à l'adaptation post-partum et aux conséquences symptomatiques ou psychiatriques qui en découlent. Johnson et Baker (2004) ont observé dans une étude longitudinale à mesures répétées auprès de 384 pères que ces derniers avaient tendance à faire face à la grossesse de leur partenaire en se basant sur une approche orientée sur des stratégies d'adaptation, notamment la résolution de problèmes, la recherche de support et la réévaluation positive. Cette approche se compose de stratégies d'efforts cognitifs et de comportements afin de parvenir à gérer les demandes internes ou externes qui sont évaluées comme la taxation et le dépassement des ressources personnelles (Lazarus & Folkman, 1984). Il a cependant été observé que les hommes rapportaient ensuite avoir recours à des stratégies contre-productives reposant sur l'évitement (p. ex., déni, inhibition comportementale) pour faire face à l'accouchement ou à une fausse-couche de leur partenaire. Johnson et Baker (2004) ont aussi observé que le recours à ces stratégies d'évitement, telles que minimiser les réactions émotives et rediriger l'attention loin de la source de stress, était lié à un plus haut niveau d'anxiété chez les hommes, deux ans après

l'accouchement. En d'autres mots, il est possible qu'un style de résolution de problèmes basé sur l'évitement caractérise les hommes dans leur façon de faire face aux enjeux de la périnatalité. Ceci rejoint le concept de style évitant proposé par Maydeu-Olivares et D'Zurilla (1995) dans leur modèle de résolution de problème. Ils définissent ce style comme étant une résolution non fonctionnelle caractérisée par une tendance à retarder la résolution le plus longtemps possible, à attendre que les problèmes se résolvent d'eux-mêmes et à tenter de donner aux autres la responsabilité de les résoudre. Il pourrait s'agir d'une variable pertinente à ajouter aux protocoles de traitement.

Efficacité des traitements visant les symptômes du TAG en post-partum

De façon générale, l'efficacité de la TCC pour le stress (Misri, Reebye, Milis, & Shah, 2006), les symptômes de dépression et d'anxiété (Andrews, 1991; Craig, Judd, & Hodgins 2005; Griffiths & Barker-Collo, 2008), et le TAG (Dugas et al., 2003; Ladouceur, Dugas et al., 2000) est reconnue. Dugas (2018) rapporte que la TCC, administrée de façon hebdomadaire durant 12 à 16 séances, engendre des changements statistiquement et cliniquement significatifs, ainsi que la résorption du TAG chez 65 % à 77 % des personnes atteintes. Ce traitement serait supérieur à la thérapie non directive et à la relaxation. Toutefois, à notre connaissance aucune étude a testé l'efficacité et la faisabilité d'une TCC pour l'anxiété post-partum chez les hommes.

Tohotoa et al. (2012) ont pour leur part montré que la TCC pouvait être bénéfique pour réduire les symptômes anxieux et dépressifs chez les hommes en périnatalité à l'aide d'une étude à mesures répétées. Celle-ci a été menée dans un hôpital de maternités publiques

auprès de 533 pères, dont 289 faisaient partie du groupe d'intervention et 244 du groupe contrôle. Le traitement était composé d'une séance d'éducation sur la naissance avant et après la naissance de l'enfant, d'une psychothérapie de soutien social et de l'éducation par rapport aux bébés durant six semaines. Les pères ont aussi reçu des brochures contenant des astuces pour réduire le stress et l'anxiété, des exercices de relaxation musculaire et deux sachets de thé à base de plantes, trois semaines après la naissance de l'enfant. Six semaines après la naissance, les pères du groupe d'intervention éprouvaient moins de symptômes d'anxiété comparés aux pères du groupe contrôle. Les auteurs rapportent qu'instruire les nouveaux pères sur l'allaitement maternel, sur la dépression et sur les étapes du développement du bébé peut augmenter les capacités d'adaptation des pères et diminuer leur anxiété. Les résultats de cette étude sont difficilement généralisables au TAG et les participants provenaient uniquement d'hôpitaux publics. Le taux d'abandon est apparu élevé (25 %). Peu d'informations sont connues concernant les hommes en périnatalité souffrant de symptômes anxieux et dépressifs dans d'autres lieux. Le traitement utilisé ne ciblait pas non plus les facteurs cognitifs pertinents en période post-partum et constituant une vulnérabilité du TAG (p. ex., attitude négative face aux problèmes).

À notre connaissance, seule l'étude de Favre (2014) a adapté une TCC individuelle pour cibler spécifiquement le TAG en post-partum. Considérant la forte association avec le TAG, cette étude ciblait aussi l'inquiétude excessive, les symptômes dépressifs, ainsi que les facteurs cognitifs liés aux symptômes, dont l'attitude négative face aux problèmes et l'intolérance à l'incertitude. À l'aide d'un protocole à cas uniques, l'étude visait à tester

la TCC de 13 séances auprès de trois mères primipares. Les résultats ont montré une diminution des symptômes du TAG et des symptômes dépressifs. Une augmentation de la capacité d'adaptation des mères à leur réalité post-partum a aussi été observée. Notons toutefois que le nombre de participants était limité, que l'échantillon était composé uniquement de femmes, et qu'aucun groupe contrôle n'a été utilisé. Cela permet donc peu de contrôle pour d'autres facteurs pouvant expliquer les gains cliniques observés. Enfin, Favre (2014) souligne que plusieurs inquiétudes excessives des mères de son étude concernaient aussi le conjoint. L'auteure conclut notamment que d'ajouter une composante conjugale, pour supporter les participants, pourrait aider à bonifier les gains thérapeutiques. Ainsi, il serait pertinent de répéter ce protocole auprès des nouveaux pères souffrant d'un TAG et d'inquiétudes excessives. En effet, le modèle de Dugas, Gagnon, Ladouceur et Freeston (1998) utilisé dans cette étude ciblant l'intolérance à l'incertitude, l'évitement cognitif et l'attitude négative face aux problèmes, est le plus appuyé empiriquement (Covin, Ouimet, Seeds et Dozois, 2008) avec un faible taux d'attrition (Dugas et al., 2003). Finalement, le but est d'observer auprès d'une autre population souffrant d'un TAG la présence et le maintien des gains similaires, ainsi que vérifier l'effet et la faisabilité de la TCC chez des hommes primipares souffrant de ces mêmes symptômes.

Thérapie individuelle plutôt que de groupe

Les nouvelles inquiétudes, les nouvelles responsabilités et le manque de temps occasionné par le fait d'être parent augmentent les difficultés à faire un suivi psychologique en post-partum (Marrs, 2013; Zukewich, 1998). Il existe tout de même

plusieurs avantages à participer à une thérapie. On retrouve en thérapie de groupe la possibilité de discuter avec d'autres individus qui vivent les mêmes difficultés en post-partum (Mauthner, 1995) et de se sentir moins seul et mieux compris par d'autres individus (Dugas et al., 2003). Malgré ces avantages concernant le soutien, les nouvelles responsabilités du parent compliquent la participation aux suivis puisque les horaires des séances sont peu flexibles, ce qui peut augmenter le taux d'abandon des individus au traitement.

L'étude de Marrs (2013) réalisée sur les difficultés post-partum chez les femmes rapporte que le taux élevé d'abandon du traitement était majoritairement expliqué par l'inconfort des femmes à quitter leur enfant et par le manque d'intérêt à la thérapie de groupe. Une autre étude ciblant une psychothérapie interpersonnelle de groupe pour la dépression chez les femmes en période post-partum rapporte avoir un taux d'abandon de 29 % en partie expliqué par l'insatisfaction sur le plan du traitement (Mulcahy, Reay, Wilkinson, & Owen, 2010). Une étude comparant l'efficacité des thérapies de groupe avec les thérapies individuelles rapporte que les individus ayant reçu une thérapie cognitive individuelle présentaient moins de symptômes dépressifs après le traitement que les individus ayant suivi une thérapie de groupe (Wierzbicki & Bartlett, 1987). Lobjoie et Pélissolo (2012) ont aussi observé, lors d'une étude portant sur l'éreutrophobie (crainte de rougir en public), que les hommes avaient tendance à moins bien réagir durant une TCC de groupe comparativement aux femmes.

En somme, la TCC individuelle basée sur le modèle conceptuel de Dugas et al. (1998) ciblant les difficultés en période périnatale et post-partum semble mener à des bénéfices importants chez les femmes primipares. Ce protocole de traitement pourrait être utile pour cibler, chez les hommes primipares, les principaux mécanismes psychologiques, notamment l'attitude négative face aux problèmes et l'intolérance à l'incertitude, puisque ces mécanismes cognitifs semblent représenter un facteur de vulnérabilité dans le développement des symptômes du TAG en périnatalité, du moins chez les femmes (Viau-Guay, 2011). De plus, un traitement comportant de l'entraînement à la résolution de problèmes pourrait aider à cibler un style évitant, tel qu'observé chez les pères par Johnson et Baker (2004). L'évaluation de l'application de ce traitement sur les hommes primipares souffrant de symptômes du TAG en période post-partum pourrait aider à identifier une façon de diminuer leurs symptômes d'anxiété en plus de favoriser leur adaptation post-partum.

Psychothérapie individuelle avec une composante de soutien conjugal

Plusieurs recherches ont montré la pertinence d'apporter une variable de soutien aux individus (Dugas et al., 2003) en post-partum (Clark et al., 2003; Mauthner, 1995) et de faire participer le conjoint dans la thérapie (Burke, 2003; Carter, Grigoriadis, Ravitz, & Ross, 2010; Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross, & Gemmill, 2011). Bien que les recherches sur le soutien des pères primipares souffrant d'anxiété post-partum soient limitées, une étude montre que les femmes primipares ont un besoin de support plus élevé de soins de santé et de soins du bébé que chez les femmes multipares (Cooke & Stacey, 2003). Les parents primipares sembleraient se montrer plus affectés par les conflits et par

l'insatisfaction maritale au cours de la première année de vie de l'enfant (Lawrence, Rothman, Cobb, Rothman, & Bradbury, 2008; Wilkinson, 1995). Néanmoins, l'étude de Wilkinson (1995) rapporte une plus grande augmentation de l'insatisfaction conjugale chez les conjoints primipares lors de l'analyse des résultats des questionnaires auto-rapportés. Il semble bénéfique pour le traitement des mères en dépression post-partum d'introduire le partenaire dans la thérapie. Le soutien de la famille aide à la réduction du stress, à développer des compétences dans leur nouveau rôle de parent et le soutien réduit aussi le risque de faire des épisodes de dépression récurrents (Clark et al., 2003). L'étude de Burke (2003) sur les femmes souffrant de dépression post-partum rapporte que le traitement privilégié pour traiter la dépression post-partum conçoit de faire participer les deux partenaires, ce qui est un moyen pour les pères de préserver leur santé mentale. La participation du conjoint lui permettrait d'être plus outillé pour faire face aux problèmes de santé mentale de sa partenaire. Selon Capponi (2013), un soutien émotionnel orienté sur la communication permettrait de protéger les parents contre les problèmes psychologiques en période post-partum. D'ailleurs, Capponi (2013) mentionne que la qualité de la relation conjugale a un impact sur le niveau d'anxiété des parents et que les hommes aux prises avec des problèmes en période post-partum ont besoin d'autant de soutien que les femmes à ce moment de leur vie.

Une étude de Byrne, Carr, & Clark (2004) a réalisé une recension de la littérature sur le trouble panique avec agoraphobie. Les auteurs dénotent que ce trouble est favorisé lors de la présence de problèmes conjugaux. Dans ces circonstances, le traitement en couple est privilégié en raison de son impact sur la diminution des symptômes et le maintien des

acquis pour le participant souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie. Suite à la résolution des problèmes conjugaux, le participant est davantage disposé aux traitements individuels ou en couple pour le trouble.

Une autre étude réalisée par Abramowitz et al. (2013) sur le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) utilise le couple comme un élément central dans le traitement. Le partenaire est sollicité pour diminuer ses comportements qui augmentent et maintiennent les symptômes du TOC du conjoint, basé sur le fait que le partenaire aiderait, par amour et soutien, son conjoint dans ses rituels compulsifs et dans ses comportements d'évitement. De plus, les problèmes d'anxiété de l'individu souffrant du TOC peuvent augmenter à la fois la détresse relationnelle du couple et les conflits relationnels. L'intervention consiste donc à présenter au partenaire du conjoint souffrant d'un TOC le modèle conceptuel du trouble, dans le but d'apporter une meilleure compréhension de la problématique de son conjoint et à diminuer ses frustrations. Celui-ci est informé sur les effets à court-terme de l'anxiété ainsi que sur l'intervention utilisée par le thérapeute. Le rôle du partenaire dans la thérapie consiste à motiver et à soutenir émotionnellement son conjoint lorsque celui-ci sera amené à confronter son anxiété et à tenter de supporter son angoisse durant l'intervention. Après le traitement, les couples présentaient moins de conflits, une meilleure compréhension du trouble et une plus grande satisfaction de leur relation.

Le soutien conjugal

Le soutien conjugal est défini dans cette étude comme un assemblage d'attitudes et de comportements auquel un individu a accès afin de satisfaire ses besoins (Cutrona, 1996;

Wills & Shinar, 2000). Il y a plusieurs types de fonctions de soutien. Wills et Shinar (2000) en rapportent cinq : le soutien émotionnel (écoute, sympathie, acceptation et soin), instrumental (aide pratique, p. ex., financière), informationnel (transmission des connaissances), la validation (rétroaction sur les comportements et les sentiments de l'autre) et le compagnonnage (partage d'activités). Le modèle de soutien à effet direct proposé dans l'étude de Brannan (2011) suggère que le soutien perçu, connaître ses ressources relationnelles, et le soutien perçu, obtenir des avantages de ces relations, engendrent des résultats bénéfiques sur la santé et le bien-être (Cohen & Wills, 1985).

Selon Mehta (1990), l'intégration du soutien conjugal dans le traitement pourrait aider à l'amélioration de l'efficacité du traitement et au progrès de la relation. La recherche suggère qu'il existe un lien entre la détresse conjugale et le TAG (Whisman, 2007; Whisman, Sheldon, & Goering, 2000). De plus, selon Capponi (2014), l'anxiété est modifiée par les besoins de soutien satisfaits et la qualité de la relation conjugale durant le premier mois en post-partum chez les nouveaux pères et chez les nouvelles mères. Cette étude conclut qu'il serait sage d'apporter un meilleur accompagnement aux pères en période post-partum. Puisque plusieurs problèmes de la période post-partum sont en lien avec des conflits au sein des deux membres du couple, il serait bénéfique d'intégrer une variable de soutien conjugal dans la TCC pour cette étude. L'intégration de la conjointe pourrait avoir un impact positif sur le soutien perçu du père, à travers de la résolution de problèmes au sein de sa vie familiale, ainsi que favoriser la diminution des symptômes d'anxiété ressentis.

Objectifs et questions de recherche

Ce projet vise à 1- mesurer l'efficacité et le maintien des gains d'une TCC individuelle tout au long du traitement, ainsi qu'entre les mesures du suivi pré-traitement et les divers temps de mesure des suivis post-traitement sur les symptômes anxieux du TAG et sur les inquiétudes excessives chez les hommes primipares en période post-partum. Ce projet inclut une composante de soutien conjugal dans la thérapie afin d'apporter du soutien aux participants et, possiblement, amplifier les gains thérapeutiques. 2- explorer la faisabilité du traitement à l'aide d'indicateurs de l'adhésion des nouveaux pères, ainsi qu'en vérifiant leur appréciation du traitement. Au cours de l'intervention, du suivi pré et du suivi post-traitement, nous avons postulé, d'une part, que les symptômes du TAG, l'attitude négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude, l'évitement de la résolution de problèmes et les symptômes dépressifs allaient diminuer progressivement. D'autre part, il a été postulé que les participants allaient adhérer et être satisfaits du traitement, ce qui appuierait la faisabilité. Il est attendu qu'à plus long terme, les améliorations constatées sur le plan des symptômes anxieux du TAG et des inquiétudes excessives seront maintenues aux diverses mesures des suivis post-traitement. Sur une base exploratoire, l'effet du soutien conjugal sur l'anxiété et les inquiétudes excessives des nouveaux pères sera exploré durant le traitement. Cela sera observé à l'aide des fluctuations des inquiétudes des nouveaux pères aux séances d'intervention incluant la conjointe.

Méthode

Cette section présente le déroulement de l'étude, ses participants, les instruments de mesure utilisés pour chacune des variables étudiées, ainsi que les considérations éthiques.

Déroulement

Le recrutement a débuté en septembre 2016 et a terminé en avril 2018. Il a été effectué à partir d'affiches (voir Appendice A) et de dépliants (voir Appendice B) apposés dans divers lieux liés à la natalité, tels que sur les babillards des CIUSSS de l'Estrie, des cours prénataux et postnataux, de l'Université de Sherbrooke, des centres sportifs offrant des cours de natation pour les nouveaux parents et de la maison des naissances de l'Estrie. Des dépliants ont aussi été remis à des professionnels en santé mentale de l'Estrie afin qu'ils puissent informer les nouveaux pères de la problématique de l'anxiété en période post-partum et du traitement offert. Pour favoriser la visibilité de l'étude, une page publicitaire a été créée sur les réseaux sociaux (Facebook) et partagée à de multiples reprises. Des organismes en lien avec la santé mentale et les nouveaux parents ainsi que des journalistes ont été contactés à l'aide des médias sociaux et par courriels afin de les informer de l'étude. Des entrevues auprès d'animateurs radio et de journalistes ont aussi été effectuées concernant la problématique des nouveaux pères et l'offre du traitement gratuit offert à ces derniers. Ensuite, des présentations d'ateliers concernant l'anxiété chez les nouveaux parents ont été offertes dans diverses ressources communautaires offrant des services aux nouveaux

parents, telles que la maison des naissances et naissance renaissance Estrie. Les hommes intéressés par le traitement avaient la possibilité de contacter la responsable de l'étude par courriel ou par téléphone. Finalement, certains pères ayant donné leur accord afin d'être contactés pour obtenir un traitement gratuit à l'aide d'une étude ultérieure (s'intéressant à mesurer la prévalence d'anxiété post-partum chez les nouveaux pères) ont été contactés par notre équipe de recherche afin de valider leur intérêt, ainsi que leur ouverture à se déplacer à Sherbrooke puisque le traitement avait lieu dans cette région.

L'évaluation a débuté par une évaluation téléphonique sommaire d'une durée approximative de 45 minutes. Un canevas structuré a été utilisé pour guider l'entrevue, vérifier certains critères d'éligibilité et évaluer la présence des symptômes du TAG à l'aide du questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA; Dugas et al., 2001) administré verbalement. Des questions concernant la présence des symptômes avant l'arrivée du bébé, ainsi que sur leur exacerbation depuis la naissance du bébé étaient demandées aux participants. De plus, la disponibilité et l'intérêt de la conjointe pour participer à l'étude étaient vérifiés. Les pères qui semblaient éligibles suite à cette première étape d'évaluation étaient convoqués à une deuxième étape en face à face menée à l'aide de l'entrevue structurée Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 – Adaptation québécoise brève (ADIS-5; Brown & Barlow, 2014). Ils devaient aussi remplir différents questionnaires pour compléter l'évaluation. Ces derniers ne seront pas présentés en Appendices pour respecter les droits d'auteurs. La conjointe du participant était aussi sollicitée pour remplir les derniers questionnaires d'évaluation avant de commencer le traitement. Les participants qui rencontraient tous les critères d'inclusion de l'étude étaient

informés de leur inclusion et des modalités du traitement. Des carnets d'auto-observations étaient alors fournis afin que le niveau de base de leurs symptômes puisse être évalué avant le début du traitement. Les hommes exclus étaient référés à des ressources d'aide indiquées pour leur condition.

Participants

L'échantillon est composé de deux hommes (nouveaux pères souffrant de symptômes du TAG), et de deux femmes (conjointes des pères). Pour être inclus, les participants (pères) devaient (a) être âgés de 18 à 65 ans et être parents d'un premier enfant, depuis moins de deux ans, (b) rapporter une exacerbation des inquiétudes depuis l'arrivée de l'enfant, (c) présenter l'ensemble des critères du TAG, à l'exception du critère d'une durée de six mois, mesurés à l'aide de l'ADIS-5 (Brown & Barlow, 2014) et d'un questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA; Dugas et al., 2001), (d) présenter un score de 55 et plus (voir Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas, & Baillargeon, 2003) au questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS; Gosselin, Pelletier, & Ladouceur, 2001), (e) bien parler et comprendre le français et (f) être disponibles pour participer aux entrevues. Les participants (pères) étaient exclus de l'étude s'ils présentaient (a) un trouble anxieux plus sévère que le TAG (écart de 1 sur la sévérité à l'ADIS-5), (b) un score de plus de dix sur l'échelle de dépression post-partum d'Edinburgh (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), (c) s'ils souffraient d'un diagnostic secondaire actuel ou passé de schizophrénie, (d) d'un trouble psychotique, (e) d'un trouble organique cérébral ou de déficience intellectuelle, (f) s'ils avaient déjà suivi une thérapie individuelle ou de couple pour le TAG au cours de la dernière année, (g) s'ils présentaient un problème d'abus ou de

dépendance à une substance, (h) s'ils prenaient une médication qui n'était pas stable depuis un mois pour l'anxiété et trois mois pour les troubles de l'humeur (Righetti-Veltema, Conne-Perreard, Bousquet, & Manzano, 1998), (i) si l'enfant est né prématurément ou avec une malformation congénitale et (j) s'ils présentaient des intentions suicidaires moyennes à élevées. Un trouble psychiatrique concomitant devait être d'une sévérité inférieure à celui du TAG (écart d'un point dans la sévérité à l'ADIS-5).

Dans le cadre de la collecte de données, 34 hommes ont contacté ou accepté d'être contactés par le Laboratoire de recherche sur l'anxiété et les inquiétudes pour participer à l'étude. Parmi ces candidats, sept hommes ont contacté le laboratoire de recherche et 27 ont été contactés par le laboratoire. Ces derniers avaient accepté d'être contactés par notre équipe de recherche pour obtenir un traitement gratuit au travers d'une étude antérieure qui s'intéressait à mesurer la prévalence d'anxiété post-partum chez les nouveaux pères. Parmi les 27 hommes, 20 se sont désistés en raison de la distance géographique. Cinq candidats ont été exclus suite à la première entrevue d'évaluation et un candidat a été exclu suite aux deux entrevues d'évaluation puisqu'ils ne remplissaient pas tous les critères du TAG. Un candidat répondait aux critères du TAG et a débuté la thérapie cognitive-comportementale. En ce qui concerne les sept participants qui ont contacté le laboratoire de recherche, quatre ont été exclus suivant l'entrevue téléphonique puisqu'ils ne remplissaient pas tous les critères du TAG. Un candidat était éligible à l'entrevue en direct et s'est désisté en raison de la distance géographique. Un autre candidat était éligible à la deuxième entrevue et s'est désisté puisqu'il a décidé d'accepter l'aide psychologique

offerte par son employeur. Un participant répondait aux critères du TAG et a accepté de débiter la thérapie cognitive-comportementale. Finalement, au total, deux hommes ont débuté la thérapie. Des références ont été fournies à tous les participants qui se sont désistés ou qui ont été exclus de l'étude.

Le participant 1 (P1) était un homme âgé de 32 ans et père d'un garçon de 1 an et 5 mois au moment du début du traitement. Monsieur occupait diverses occupations à la fois, dans l'industrie alimentaire, au niveau social et dans la vente. Durant le suivi, il a décidé de se concentrer seulement sur son emploi syndical. Il présentait un diagnostic principal de TAG mesuré avec l'ADIS-5 (sévérité 6/8), ainsi qu'un trouble dépressif caractérisé (sévérité 6/8), un trouble panique (sévérité 5/8) et un trouble d'anxiété sociale (sévérité 5/8). Ses inquiétudes concernaient surtout ses difficultés au travail, sa relation amoureuse, l'entrée de son fils à la garderie et les finances. Lors de l'évaluation, Monsieur rapporte avoir toujours eu des inquiétudes excessives, mais que son anxiété s'est exacerbée lors de la naissance de son garçon. Monsieur ne prenait pas de médication. Le participant 2 (P2) est un homme âgé de 34 ans et nouvellement père d'un garçon âgé de 1 mois au moment du début du traitement. À ce moment, Monsieur était en changement de carrière. Il faisait des études supérieures et il s'est réorienté dans le domaine financier. Lors de l'évaluation à l'aide de l'ADIS-5, Monsieur a reçu un diagnostic principal de TAG (sévérité 7/8) avec comorbidité des symptômes dépressifs (sévérité 3/8) et de symptômes d'un trouble alimentaire, la boulimie (sévérité 3/8). Le participant a toujours eu beaucoup d'inquiétudes, mais ces dernières se sont exacerbées depuis la grossesse de sa conjointe. Monsieur ne prenait pas de médication.

Instruments de mesure

Les effets du traitement ont été mesurés avec diverses méthodes d'évaluation telles qu'une entrevue semi-structurée, des questionnaires auto-rapportés quantitatifs à remplir lors des évaluations du suivi pré et des suivis post-traitement, un questionnaire quantitatif hebdomadaire, des auto-observations quotidiennes, ainsi qu'un questionnaire qualitatif à remplir à la fin du traitement.

Mesure des symptômes et critères diagnostiques du TAG

Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 – Traduction et adaptation québécoise brève (ADIS-5; Brown & Barlow, 2014). (ADIS-IV; DiNardo, Brown & Barlow, 1994) permet l'évaluation de la présence et le degré de sévérité des troubles anxieux et d'autres troubles associés tels que les troubles de l'humeur, d'abus de substances et de symptômes psychotiques selon les critères du DSM-5. Cette entrevue permet également d'évaluer la présence des conditions d'exclusion. À notre connaissance, aucun accord interjuge n'est disponible pour l'ADIS-5. L'accord interjuge pour l'ADIS-IV est probablement représentatif puisque les critères des troubles anxieux ont peu changé. L'ADIS-IV démontre, pour la plupart des troubles, un accord interjuge bon à excellent (Brown, DiNardo, Lehman, & Campbell, 2001). Pour s'assurer de la fidélité du processus, les entrevues étaient enregistrées puis discutées en supervision. Les entrevues du suivi pré-traitement étaient réalisées en direct par l'intervenante, doctorante en psychologie, et les entrevues post-traitement étaient réalisées par d'autres évaluateurs indépendants, doctorants en psychologie. Tous les évaluateurs ont reçu une formation quant à la

passation du questionnaire et ils étaient supervisés par un chercheur spécialisé dans le traitement du TAG.

Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété (QIA; Dugas et al., 2001). Ce questionnaire comporte 11 items évaluant les critères diagnostiques du TAG, dont six évaluent la présence des symptômes associés. Seuls ces derniers items seront utilisés pour cette étude afin d'éviter la répétition avec l'ADIS-5. Le QIA présente une fidélité test-retest (neuf semaines; $r = 0,79$), une sensibilité et une spécificité acceptables. Les résultats obtenus au questionnaire varient entre zéro et 48. Un résultat élevé indique une grande sévérité des symptômes du TAG.

Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State (QIPS; Gosselin et al., 2001). Traduction française validée du Penn state worry Questionnaire (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). L'instrument comprend 16 items évaluant plusieurs mesures de la tendance à s'inquiéter, notamment la fréquence perçue, la notion d'excessivité, l'intensité et la contrôlabilité des inquiétudes, ainsi que la perception de soi-même en tant que personne inquiète. Ce questionnaire comprend une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,82$), une bonne validité convergente et une bonne fidélité test-retest (quatre semaines; $r = 0,86$) qui s'appuie sur la structure factorielle (Gosselin et al., 2001). Les scores se situent entre 16 et 80.

Questionnaire maison sur les inquiétudes et sur la parentalité (QIP; Ducharme, Lachance, Roy, & Turcotte, 2016). Cet instrument a été construit à l'aide du

questionnaire sur les inquiétudes par rapport à la grossesse et à la maternité (QIM; Viau-Guay & Gosselin, 2010), comprenant neuf questions évaluant la tendance des femmes à s'inquiéter à la période de la maternité. Les scores de cet instrument varient entre 9 et 45. Un score élevé montre la tendance à s'inquiéter à l'égard de la maternité. La cohérence interne après l'accouchement est excellente ($\alpha = 0,91$). Ce questionnaire a été adapté pour l'utilisation auprès des pères en période post-partum pour la présente étude.

Questionnaire sur les inquiétudes de la dernière semaine (QIPS-DS; Geninet & Dugas, 2007). Traduction francophone du weekly assessment of worry (Stöber & Bittencourt, 1998). Ce questionnaire comprend 15 items mesurant la tendance à s'inquiéter de la dernière semaine à l'aide d'une échelle de Likert à 5 points. La version anglophone de ce questionnaire présente une grande fidélité test-retest et une bonne cohérence interne ($\alpha = 0,91$; Stöber & Bittencourt, 1998).

Mesure des carnets d'auto-observations (voir Appendice C).

Les carnets d'auto-observations quotidiennes évaluent le niveau de base du comportement et des symptômes et permettent de suivre le développement de la tendance à s'inquiéter des pères tout au long du processus thérapeutique. Des items mesurant le style évitant du participant en lien avec les problèmes, l'intolérance à l'incertitude et l'attitude négative face aux problèmes ont été ajoutés. L'échelle de mesure se situe entre 0 « aucunement » et 100 « énormément ».

Mesure des variables cognitives-comportementales ciblées par le traitement

L'inventaire de l'intolérance à l'incertitude (III; Gosselin et al., 2008). Ce questionnaire comprend deux parties évaluant respectivement l'intolérance à l'incertitude à l'aide de 15 items et les différentes manifestations cognitives et comportementales de l'intolérance à l'incertitude à l'aide de 30 items. Ce questionnaire est coté à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points allant de 1 « pas du tout correspondant » à 5 « tout à fait correspondant ». Il est possible d'obtenir un score entre 15 et 75 pour la première partie (III-A) et entre 30 et 45 pour la deuxième partie (III-B). Un score élevé indique une tendance à s'inquiéter. Cet inventaire présente une très bonne validité convergente et factorielle, une stabilité temporelle très acceptable (cinq semaines; $r = 0,78$) et une excellente cohérence interne pour la première partie ($\alpha = 0,91$) et pour la deuxième partie ($\alpha = 0,96$).

Questionnaire d'attitude négative face aux problèmes (QAP; Gosselin et al., 2001).

Instrument comprenant 12 items qui mesurent l'attitude négative face aux problèmes, c'est-à-dire la propension d'un individu à percevoir un problème comme étant une menace à son bien-être, à être défaitiste quant à la résolution d'un problème, à douter des solutions et de ses habiletés pour résoudre un problème. La cotation des résultats est réalisée à partir d'une échelle de Likert à cinq niveaux, totalisant un score entre 12 et 60. Un score élevé indique un haut niveau d'attitude négative face aux problèmes. Ce questionnaire présente une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,90$), une très bonne stabilité temporelle (quatre semaines; $r = 0,86$), ainsi qu'une très bonne validité convergente et discriminante

(Gosselin et al., 2001).

Questionnaire d'évitement cognitif (QÉC; Gosselin, Langlois et al., 2002). Cet instrument comprend 25 énoncés évaluant les stratégies cognitives qu'une personne utilise pour se libérer des pensées intrusives et dérangeantes, notamment la modification d'images en pensées de vive voix, la permutation de pensées, la distraction, la suppression et l'évitement des facteurs déclenchant les pensées perturbantes. La cotation des résultats est réalisée à partir d'une échelle de Likert à cinq niveaux, avec un score global se situant entre 25 et 125. Un score élevé indique un haut niveau d'utilisation de stratégies d'évitement cognitif. Le QÉC détient une très bonne stabilité temporelle (quatre semaines; $r = 0,81$) et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0,95$).

Mesures d'effets de généralisation du traitement

L'échelle de dépression post-partum d'Edinburgh (EPDS; Cox et al., 1987). Traduction française. Instrument comprenant 10 items cotés entre 0 et 3, qui permet de détecter les mères souffrantes ou susceptibles de souffrir d'une dépression. Un score plus grand ou égal à 13 augmente les chances de dépister une dépression (Cox et al., 1987; Guedeney & Fermanian, 1998). Cet instrument montre une cohérence interne convenable ($\alpha = 0,76$), une bonne validité de critère et de construit, ainsi qu'une excellente fidélité test-retest (Guedeney & Fermanian, 1998). Cette échelle a été adaptée dans le cadre de cette étude pour les pères.

Grille d'auto-évaluation du traitement (Landreville, Gosselin, Grenier, Hudon, & Lorrain, 2016; voir Appendice D). Cet instrument comprend 11 items qui évaluent les perceptions subjectives des participants par rapport à l'efficacité du traitement et permet de vérifier l'adhésion et leur appréciation. Il a été développé à partir de l'instrument utilisé dans l'étude de Landreville, Gosselin, Grenier, Hudon et Lorrain (2016). Le but de cet outil est aussi d'évaluer l'impression des nouveaux pères quant à l'efficacité de l'aide apportée. Les commentaires recueillis à l'aide de la grille d'auto-évaluation du traitement auprès des participants permettent d'avoir accès aux perceptions subjectives positives et négatives de ces derniers à l'égard du traitement, du thérapeute ainsi que de l'évolution des inquiétudes et des symptômes d'anxiété. Les résultats varient entre cinq niveaux, allant de A « tout à fait d'accord » à E « Ne s'applique pas ». Pour l'étude, une section commentaire a été ajoutée. Il était demandé aux participants de commenter leurs réponses afin d'obtenir plus d'informations concernant la faisabilité du traitement.

Mesure des symptômes du TAG et des effets de généralisation du traitement par la conjointe. Les questionnaires suivants : QIA, QIP et EPDS ont été adaptés à la conjointe afin d'évaluer sa perception concernant les symptômes associés au TAG, l'humeur et la tendance à s'inquiéter du père en post-partum. Se référer à la description des questionnaires originaux ci-haut. La description des questionnaires adaptés à la conjointe (QIA-C; voir Appendice E; QIP-C; voir Appendice F; EPDS-C; voir Appendice G) demeurent la même que celle des questionnaires originaux puisque la seule modification concerne la formulation des questions, qui est orientée vers la perception de

la conjointe à l'égard de son conjoint plutôt que la description de ses propres symptômes.

Protocole expérimental

Un protocole expérimental à cas uniques et à niveaux de base multiples a été appliqué pour vérifier les effets du traitement et le maintien (Kazdin, 2003; Ladouceur & Bégin, 1980). Ce protocole estime que les effets du traitement diminueront les symptômes du TAG et les inquiétudes des pères primipares en post-partum et qu'ils se maintiendront, que les effets apparaîtront à un temps similaire pour tous les participants. Ceux-ci ont été soumis à une évaluation de leur niveau de base d'inquiétudes et d'anxiété, dont la durée était d'une semaine pour le P1 et de trois semaines pour le P2. Même si la durée du niveau de base des participants était identifiée aléatoirement, une instabilité du niveau de base (importante variation des inquiétudes et de l'anxiété), retardait le traitement d'une semaine. Le niveau de base était constaté stable après sept jours d'auto-observations et à la suite d'une rencontre téléphonique avec le thérapeute, ainsi que lors de l'observation d'une pente contraire à l'effet attendu durant le traitement. Le participant qui a attendu le début du traitement a profité d'un bref entretien téléphonique afin de noter ses cotes aux auto-observations et d'évaluer son état mental. La collecte de données lors de la phase de niveau de base permettait une condition de contrôle intra-sujet pour la comparaison avec les impacts de la TCC ultérieure. À chaque rencontre, dans la salle d'attente, les participants devaient remplir un questionnaire mesurant les inquiétudes de la dernière semaine (QIPS-DS; Geninet & Dugas, 2007). Un premier temps de mesure ponctuel à l'aide de questionnaires avait lieu avant de commencer le traitement (au niveau de base), avec un suivi continu à l'aide des carnets d'auto-observations tout au long du processus concernant

le développement de la tendance à s'inquiéter, du sentiment de compétence, ainsi que du niveau de satisfaction de vie des pères. Trois autres temps de mesure avaient lieu après la terminaison du traitement (deux semaines, trois mois et 12 mois après) à l'aide de questionnaires post-traitement. La conjointe du participant devait aussi remplir quelques questionnaires au niveau de base et aux trois temps de mesure post-traitement concernant sa perception de la condition de son conjoint (voir tableau synthèse; Appendice H), c'est-à-dire les symptômes du TAG (QIA-C), les inquiétudes quant à la parentalité (QIP-C) et l'humeur (EPDS-C).

Éthique et déontologie

Lors de l'entrevue téléphonique, les candidats formulaient verbalement leur consentement à participer à l'étude. Un formulaire d'information et de consentement (voir Appendice I) présentant les modalités de l'étude ainsi que les aspects éthiques a été rempli par les participants lors de l'évaluation en face à face. Il a été précisé qu'ils étaient des participants volontaires et qu'ils avaient la possibilité de se retirer de l'étude en tout temps sans conséquence. Les participants étaient aussi informés de la confidentialité, que les données étaient confidentielles et que les données recueillies pour l'étude pouvaient être utilisées dans des écrits scientifiques. Pour s'assurer de la confidentialité des données, les instruments de mesure et les enregistrements audio ont été conservés dans des classeurs sécurisés. Les données seront conservées pour un maximum de cinq ans après la cueillette et seront ensuite détruites. Une compensation monétaire, sous forme de tirage (certificat cadeau de 200 \$) a été remise parmi les participants ayant complété l'étude.

Traitement et thérapeute

Le traitement était d'une durée de 12 séances hebdomadaires, comprenant huit séances individuelles de 60 minutes et quatre séances de 90 minutes intégrant la conjointe, aux rencontres 4, 5, 8 et 11. Les stratégies utilisées durant le traitement provenaient de la TCC et comprenaient du soutien, de la restructuration cognitive, de l'exposition (aux inquiétudes et aux incertitudes), de la résolution de problèmes, de la consolidation et de la prévention des rechutes. Le traitement avait pour premier objectif que les symptômes du TAG, l'attitude négative face aux problèmes, l'intolérance à l'incertitude, l'évitement de la résolution de problèmes et les symptômes dépressifs diminuent progressivement et qu'ils se maintiennent. Les composantes de l'intervention proviennent essentiellement du protocole de traitement du Trouble d'anxiété généralisée de Dugas et Ladouceur (2000), telles qu'adaptées par Favre (2014). Les rencontres étaient divisées en six blocs dans lesquels les différentes composantes étaient abordées. Plus précisément, l'intervention permettait aux participants d'être en mesure de mieux gérer leurs inquiétudes et leurs symptômes du TAG, ainsi que de maintenir et de consolider leurs apprentissages durant et après le traitement. La psychoéducation avait pour objectif d'éduquer et de sensibiliser les parents sur le TAG. L'ajout de la conjointe dans quatre rencontres d'intervention permettait aux nouveaux pères de bénéficier de soutien conjugal face à leurs difficultés durant le processus thérapeutique et d'augmenter l'intégration des acquis.

Toutes les séances d'évaluation du suivi pré-traitement ont été effectuées par la même thérapeute. Cette dernière était doctorante en psychologie formée à la TCC et supervisée par un psychologue clinicien et chercheur spécialisé en TCC et sur les troubles anxieux.

Afin d'éviter le risque de biais en raison de la relation entre le thérapeute et le participant, deux autres doctorantes en psychologie formées à la TCC et supervisées par le même psychologue clinicien ont effectué les évaluations des suivis post-traitement (deux semaines, trois mois et 12 mois après). Le traitement a été manualisé et les séances ont été enregistrées avec l'aide d'un enregistreur audio pour des fins de supervision.

Composantes du traitement

Bloc 1. La première rencontre avait pour but d'établir une relation thérapeutique, d'explorer les objectifs de la thérapie, les caractéristiques de la thérapie et les éléments essentiels pour favoriser la réussite du processus. Des éléments de base concernant l'anxiété et les inquiétudes ont été abordés avec les participants afin d'apporter une meilleure compréhension de la problématique du TAG. Ils devaient prendre conscience de leurs propres inquiétudes quotidiennes en ciblant des thèmes d'inquiétudes et en spécifiant la succession des conséquences qui sont appréhendées. Les participants ont aussi été amenés à distinguer les deux types d'inquiétudes, celles qui découlent d'un problème actuel et celles qui découlent d'une éventualité.

Bloc 2. Deux rencontres individuelles étaient prévues afin d'informer les participants sur les inquiétudes et l'anxiété et de les amener à comprendre davantage le concept de l'intolérance à l'incertitude dans un contexte de post-partum. Il était demandé aux participants de prendre conscience des manifestations au quotidien et de l'implication de ce facteur de développement et de maintien des inquiétudes pour développer une meilleure tolérance à l'incertitude en s'exposant à l'incertitude à l'aide d'actions comportementales.

Une troisième rencontre de 90 minutes était prévue avec la conjointe. L'objectif était de l'intégrer au processus, de solliciter son soutien et de favoriser l'intégration des acquis du père.

Bloc 3. Une rencontre de 90 minutes était prévue avec la conjointe et avait pour objectif d'activer le père, ainsi que le couple, à faire des activités plaisantes pour diminuer les symptômes dépressifs et favoriser l'adaptation à la survenue du nouveau-né. La relation entre l'anxiété et les symptômes dépressifs était expliquée. Le choix des activités était fait en fonction de l'effort physique et le contact avec d'autres personnes. Il était demandé aux participants d'exercer et d'intégrer les activités dans leur quotidien. La conjointe était présente à cette rencontre afin de faire un retour sur la dernière semaine et pour continuer à solliciter son soutien tout au long du processus. L'activation comportementale permettait d'augmenter la tolérance à l'incertitude, d'entamer le processus de résolution de problèmes et d'effectuer de l'auto-observation quant à la manifestation de l'intolérance à l'incertitude et à l'attitude négative face aux problèmes.

Bloc 4. Trois rencontres ciblaient les inquiétudes causées par les problèmes actuels dans le quotidien des participants. Les deux premières rencontres servaient à identifier les situations problématiques à la source des inquiétudes du nouveau père et à porter des gestes concrets pour régler leurs différents problèmes (entraînement à la résolution de problèmes). Le but était d'améliorer leurs habiletés de résolution en mettant l'accent sur la conscience des attitudes négatives face aux problèmes et à leur modification par la restructuration cognitive. La conjointe était intégrée lors de la troisième rencontre qui

était d'une durée de 90 minutes, afin de l'engager dans le processus de résolution de problèmes avec le nouveau père. La conjointe avait pour rôle d'aider et de soutenir le nouveau père à développer cette nouvelle habileté.

Bloc 5. Trois autres rencontres ciblaient le traitement des inquiétudes concernant une éventualité possible à l'aide de l'entraînement à l'exposition cognitive. Plus précisément, les deux premières rencontres aidaient le père à explorer les conséquences appréhendées et à construire un scénario d'exposition à l'aide de la technique de la flèche descendante. L'intégration de la conjointe avait lieu lors de la troisième rencontre qui était d'une durée de 90 minutes, dans le but de maintenir sa sollicitation dans le processus et pour explorer les conséquences appréhendées pour le couple afin de pratiquer et de maintenir les acquis du père à travers certaines inquiétudes du couple.

Bloc 6. Une dernière rencontre visait à récapituler les techniques apprises lors des dernières rencontres afin de permettre la consolidation de celles-ci. Un bilan des apprentissages était effectué et des objectifs personnels à réaliser à court, moyen et long terme étaient fixés dans le but de prévenir une rechute éventuelle. Des références étaient données en cas de besoin.

La modification des croyances erronées en lien avec l'utilité des inquiétudes était discutée durant tout le processus en raison de la possibilité de faire obstacle à l'activation comportementale. De plus, chaque semaine, un document comprenant les concepts abordés en séance et des exercices standardisés étaient remis afin de permettre aux participants de mieux intégrer et d'appliquer les éléments abordés et les nouvelles

habiletés durant le traitement. Lors des séances avec le couple, un temps était pris avec la conjointe pour discuter de ses inquiétudes de couple pour augmenter l'implication et l'engagement dans le suivi, ainsi que pour favoriser l'apprentissage par observation concernant le soutien conjugal. Chaque conjointe recevait aussi un document résumant les notions abordées à la fin des différents blocs de rencontres pour l'aider à mieux comprendre les notions abordées avec son conjoint en séances. Il était aussi suggéré de lire le document de son conjoint si désiré.

Résultats

Cette section présente les résultats des questionnaires auto-rapportés et de l'évaluation clinique de l'étude aux différents temps de mesure (suivi post-traitement deux semaines, trois mois et 12 mois).

Carnets d'auto-observations quotidiennes

Changement dans la tendance à s'inquiéter. Les deux premières figures présentent la fluctuation du niveau d'inquiétude des pères aux carnets d'auto-observations quotidiennes. Afin de clarifier l'analyse visuelle des graphiques, un calcul de la moyenne des scores bruts (moyenne de sept jours) a été effectué pour chaque semaine. Sideridis (1997) recommande cette procédure afin d'évaluer l'efficacité d'un traitement. L'observation des Figures 1 et 2 permet premièrement d'observer le niveau de base des participants. Le niveau d'inquiétude pour le P1 est stable avant de débiter le traitement, tandis que pour le P2, la pente est contraire à l'effet attendu pendant le traitement. Ceci rencontrait les critères de Kazdin (1998) pour commencer l'intervention.

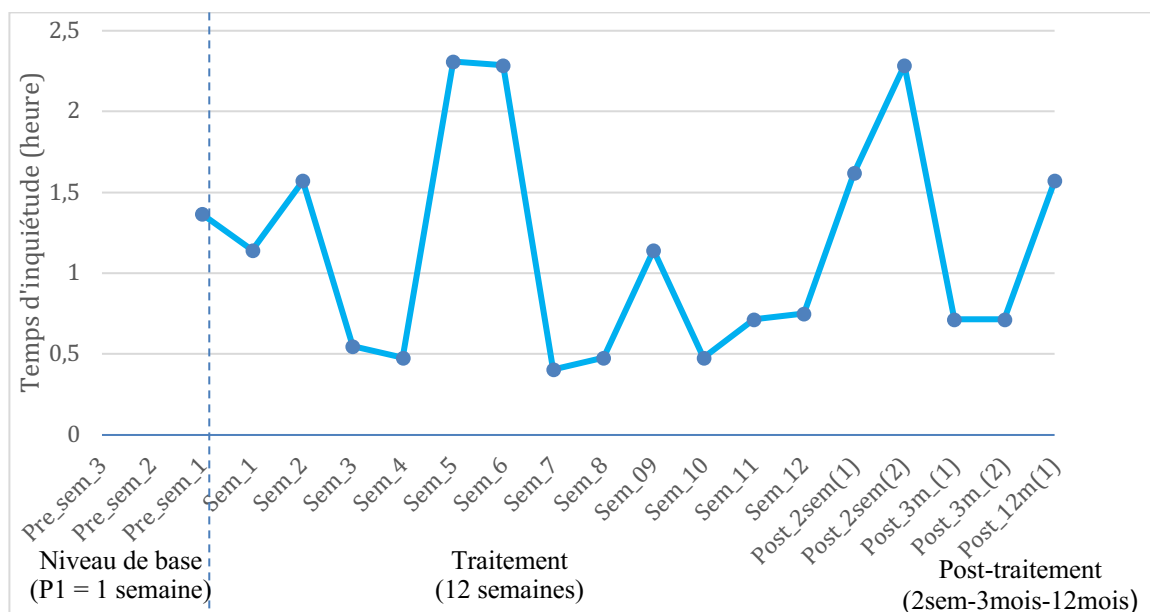


Figure 1. Temps d'inquiétude des carnets d'auto-observations du P1.

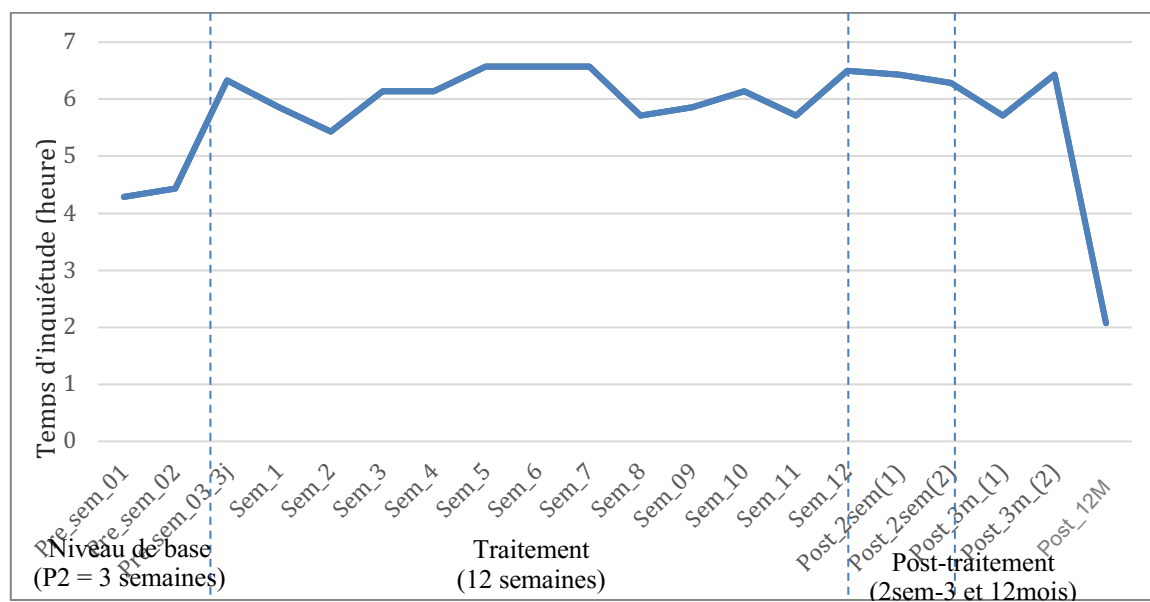


Figure 2. Temps d'inquiétude des carnets d'auto-observations du P2.

L'inspection visuelle des graphiques montre aussi que pendant l'intervention, le P1 présentait une pente légèrement négative de la tendance à s'inquiéter avec certaines fluctuations positives. Le temps passé à s'inquiéter était en moyenne de 1,37 heure au pré-test, de 0,75 heure à la fin du traitement (semaine 12), de 1,95 heure au suivi post-traitement deux semaines, de 0,71 au suivi post-traitement trois mois et de 1,57 heure au suivi post-traitement 12 mois. Concernant le P2, l'inspection visuelle traduit une augmentation des inquiétudes au début du traitement et une stabilité tout au long du suivi. Le temps passé à s'inquiéter était en moyenne de 5,02 heures au pré-test, de 6,05 heures à la fin du traitement (semaine 12), de 6,36 heures au suivi post-traitement deux semaines, de 6,07 heures au suivi post-traitement trois mois, ainsi que de 2,07 heures au suivi post-traitement 12 mois.

Questionnaire auto-rapporté rempli à toutes les semaines

Changements dans la tendance à s'inquiéter de la dernière semaine (QIPS-DS).

Les Figures 3 et 4 représentent le niveau de la tendance à s'inquiéter de la dernière semaine au QIPS-DS. Les participants remplissaient le questionnaire dans la salle d'attente avant chaque début de rencontre. Pour le P1, on observe à l'aide de la Figure 3 une pente légèrement négative avec des fluctuations légèrement positives et négatives tout au long du traitement. Pour le P2, on constate à la Figure 4 une tendance neutre tout au long du traitement avec des fluctuations positives et négatives. Pour ce dernier, à la fin du traitement, la tendance à s'inquiéter augmente.

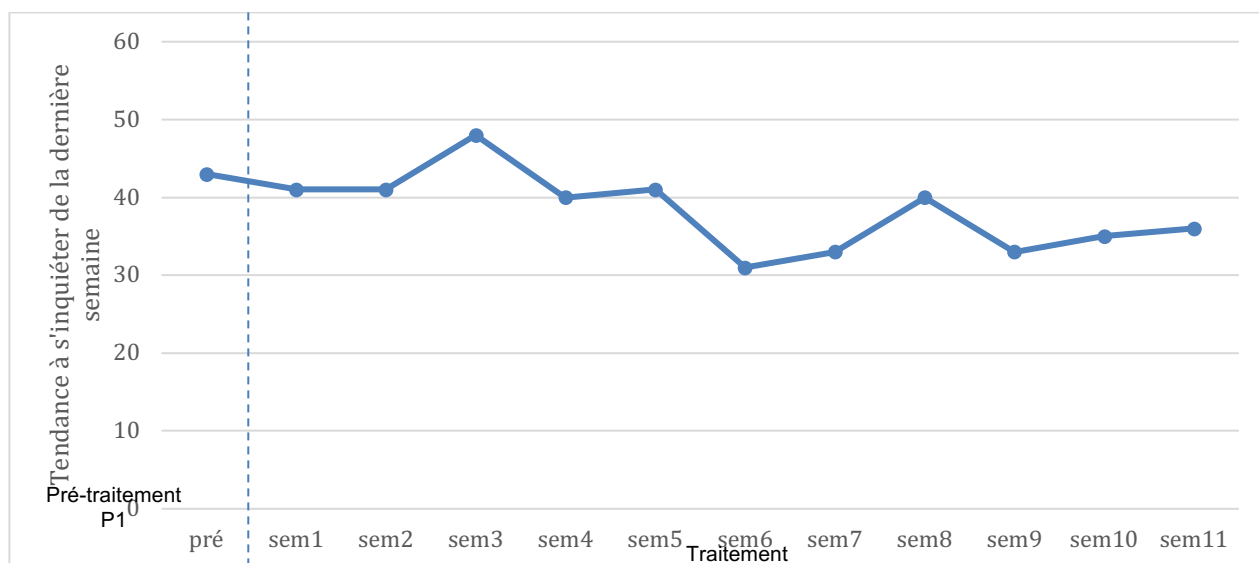


Figure 3. Niveau de la tendance à s'inquiéter de la dernière semaine du P1.

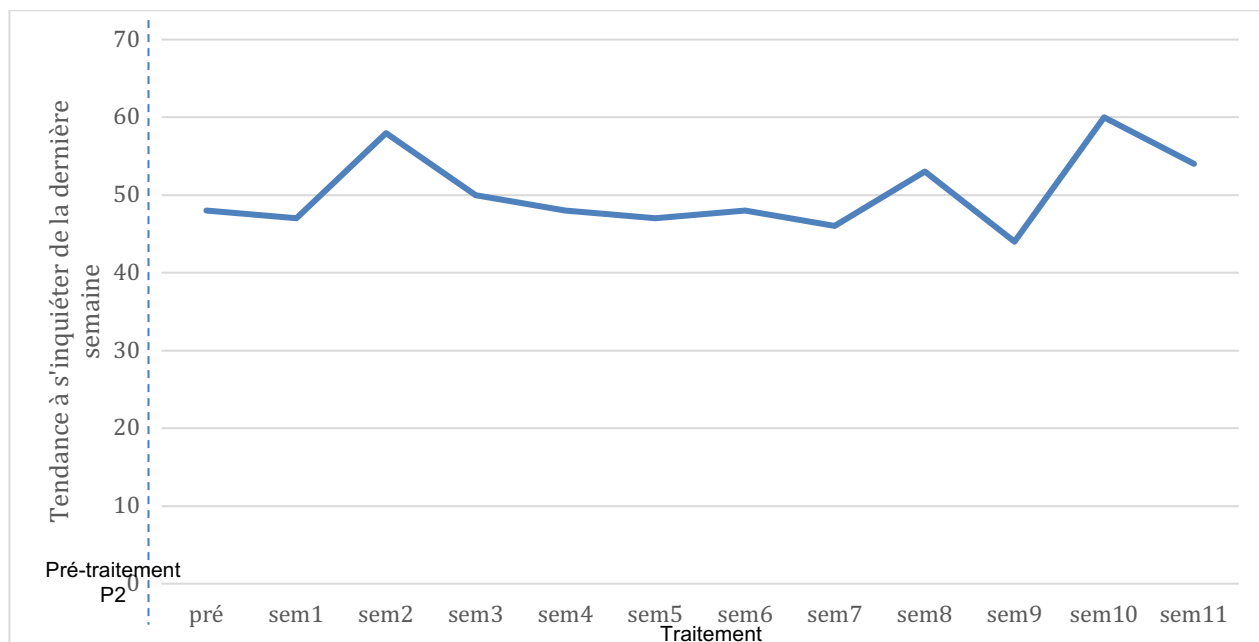


Figure 4. Niveau de la tendance à s'inquiéter de la dernière semaine du P2.

Évaluation clinique diagnostique

Lors de l'évaluation initiale, les deux participants ont reçu un diagnostic clinique de TAG à l'aide de l'entrevue clinique initiale et de l'ADIS-5. Plus précisément, le P1 avait un diagnostic de TAG principal (sévérité 6/8), avec comme comorbidités un trouble dépressif caractérisé (sévérité 6/8), un trouble panique (sévérité 5/8) et un trouble d'anxiété sociale (sévérité 5/8). Lors de l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois, il ne présentait plus de diagnostic clinique principal de TAG et de troubles comorbides. Lors de l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois, le P1 a reçu un diagnostic principal de phobie sociale (sévérité 5/8), avec un TAG (sévérité 4/8) et des symptômes dépressifs (sévérité 3/8). Concernant le P2, il a reçu un diagnostic principal de TAG à l'évaluation initiale (sévérité 7/8), avec comme comorbidités des symptômes dépressifs (sévérité 3/8) et des symptômes d'un trouble alimentaire, la boulimie (sévérité 3/8). À l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois, il présentait toujours un diagnostic de TAG (sévérité 6/8) avec une dépression caractérisée (sévérité 4/8) comorbide. Lors de l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois, une baisse des symptômes du TAG est observée, mais il présente toujours un diagnostic de TAG (sévérité 4/8). Le P2 a décidé de poursuivre ses démarches thérapeutiques suite à sa participation à l'étude.

Questionnaires auto-rapportés

Indice clinique de changement. Deux méthodes complémentaires ont été utilisées afin de vérifier la présence de changements cliniquement significatifs aux mesures de symptômes du TAG (ADIS-5, QIA, QIPS, QIP), aux mesures des variables cognitives

comportementales ciblées par le traitement (III, QAP, QÉC), et aux mesures d'effets de généralisation du traitement (EPDS). La première méthode consiste à utiliser un score critère calculé à l'aide de la formule de Jacobson et Truax (1991). Plus précisément, le score critère permet de déterminer si les résultats obtenus par les participants sont supérieurs aux scores critères (étendue clinique) ou inférieurs aux scores critères (étendue non-clinique) pour chaque temps de mesure. La deuxième méthode consiste à mesurer l'ampleur du changement cliniquement significatif à l'aide d'indices objectifs de changement (*Reliable Change Index*). Ceux-ci ont été calculés à l'aide de la méthode de Jacobson, Follette et Revenstorf (1984) et de Christensen et Mendoza (1986). Les scores critères de la première méthode sont établis en fonction de données descriptives issues d'études précédentes auprès de participants ayant un profil clinique et de participants ayant un profil non-clinique. Pour les questionnaires suivants : QIP, QIP-C, QIA, QIA-C, QIPS, III-A, QAP, EPDS, EPDS-C, le score critère a été établi en fonction de la population d'hommes en période post-partum. Ces statistiques sont issues d'une étude mesurant les facteurs explicatifs des symptômes du TAG chez les nouveaux pères, dont 33 pères souffrant d'un TAG et 325 pères sans TAG, par questionnaire (Brodeur, Claing, Gehl, Roy, & Tiscia, 2017). Pour les questionnaires III-B et le QEC, les scores critères sont établis en fonction de la population de femmes en période post-partum (Bax-D'Auteuil et al., 2013; Viau-Guay, 2011), puisqu'aucune donnée auprès d'hommes n'était disponible dans la littérature. Concernant la deuxième méthode, les indices objectifs de changements au QIP, QIA, QIP-C, QIA-C n'ont pas pu être calculés en raison de l'absence de données descriptives ou normatives dans les écrits scientifiques.

Le Tableau 1 présente les résultats des participants au QIP, QIA, QIPS, III-A, III-B, QAP, QEC et EPDS au suivi pré-traitement et aux suivis post-traitement (deux semaines, 3 mois et 12 mois), ainsi que les scores critères. Un changement clinique est présent pour le P1 à presque tous les questionnaires. Plus précisément, à l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines, le P1 obtient des changements significatifs aux questionnaires III, QAP, QEC, EPDS et des résultats dans l'étendue cliniques aux questionnaires QIP, EPDS, QIA et QIPS. Cependant, à l'évaluation du suivi post-traitement trois mois, il atteint un niveau non-clinique à tous les questionnaires, ainsi qu'un changement significatif au QIA, III, QAP, QEC et EPDS. Les résultats significatifs se maintiennent à l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois, exceptés pour le EPDS et le QIA. Un changement significatif est observé pour le QIPS. Plus précisément, les résultats du QIA demeurent dans l'étendue non-clinique, mais la diminution significative observée ne s'est pas maintenue, tandis que les résultats de l'EPDS se retrouvent supérieurs aux scores cliniques utilisés.

Peu de changements cliniques sont présents pour le P2. Ses résultats montrent une augmentation des symptômes du TAG et des inquiétudes excessives. Les résultats au QIP, III, QAP, QEC et EPDS se trouvaient à l'évaluation du suivi pré-traitement dans l'étendue non-clinique et se retrouvent dans l'étendue clinique à l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois. À l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois, peu de changements significatifs sont constatés hormis au QIA et III. Les résultats au QIA ne sont plus dans l'étendue non-clinique. Pour l'III, les résultats sont de retour dans l'étendue non-clinique (déjà dans l'étendue non-clinique au suivi pré-traitement).

Tableau 1

Résultats aux questionnaires aux différentes phases d'évaluation

Participants	Instruments	Scores critères	Phases d'évaluation			
			Pré-test	Post 2 semaines	Suivi 3 mois	Suivi 12 mois
Participant 1	Symptômes TAG					
	QIP	21,39	26	19 ^a	18 ^a	9 ^a
	QIA-total	30,37	34,5	31,5	20 ^{a*}	27 ^a
	QIPS	45,89	52	46	44 ^a	26 ^{a*}
	Variables TAG					
	III-A	37,23	60	44 [*]	32 ^a	28 ^{a*}
	III-B	78,5	129	83 [*]	55 ^{a*}	58 ^{a*}
	QAP	24,06	44	33	18 ^a	16 ^a
	QEC	56,16	75	60	40,63 ^a	41,67 ^a
	Effets traitement					
Participant 2	EPDS	9,41	10	8 ^{a*}	8 ^{a*}	12
	Symptômes TAG					
	QIP	21,39	17	28	22,5	23
	QIA-total	30,37	38,5	38,5	31	25 ^{a*}
	QIPS	45,89	56	60	58	51
	Variables TAG					
	III-A	37,23	31	52	48	25 ^{b*}
	III-B	78,5	62	93	88	53 ^b
	QAP	24,06	22	31	27	25,09
	QEC	56,16	32	68,75	29,17 ^b	36,96 ^b
	Effets traitement					
	EPDS	9,41	6	18	11	7 ^b

Notes. *Méthode 2. Reliable Change Index. Changement cliniquement significatif.

a : Méthode 1 : score critère. Résultats au-dessus de l'étendue clinique du suivi pré-traitement et des suivis post-traitement dans l'étendue non-clinique.

b : Méthode 1 : score critère. Résultats déjà dans l'étendue non-clinique avant le traitement.

X : Absence de résultats.

Tableau 1

Résultats aux questionnaires aux différentes phases d'évaluation (suite)

Participants	Instruments	Scores critères	Phases d'évaluation			
			Pré-test	Post 2 semaines	Suivi 3 mois	Suivi 12 mois
Conjointe P1	Symptômes TAG					
	QIP-C	21,39	X	10	13,5	12
	QIA-total	30,37	23,5	11*	3*	10,5*
	Effets traitement EPDS-C	9,41	8	0*	0*	0*
Conjointe P2	Symptômes TAG					
	QIP-C	21,39	15	19 ^b	15,75 ^b	14 ^b
	QIA-total	30,37	25	27 ^b	27 ^b	9,5 ^b
	Effets traitement EPDS-C	9,41	6	11	11	6 ^b

Notes. * : Méthode 2. Reliable Change Index. Changement cliniquement significatif.

a : Méthode 1 : score critère. Résultats au-dessus de l'étendue clinique du suivi pré-traitement et des suivis post-traitement dans l'étendue non-clinique.

b : Méthode 1 : score critère. Résultats déjà dans l'étendue non clinique avant le traitement.

X : Absence de résultats.

Des changements sont constatés au niveau de la perception des conjointes à l'égard des symptômes des nouveaux pères. Plus précisément, une diminution significative des symptômes perçus par le P1 est constatée par la conjointe (C1) au QIA et EPDS-C. Pour le QIP, des résultats en dessous du score critère sont constatés par la C1 aux évaluations des suivis post-traitement. Cependant, le questionnaire QIP n'a pas été complété par la conjointe de P1 lors de l'évaluation initiale. Les résultats n'ont donc pas pu être vérifiés. Pour la conjointe du P2 (C2), aucun résultat à l'évaluation du suivi pré-traitement n'était au-dessus du score critère (étendue clinique). Ainsi, à l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois, il n'y a pas de changement constaté, excepté une augmentation au EPDS-C. Le score se situe dans l'étendue clinique. À l'évaluation du

suivi post-traitement 12 mois, le score au EPDS-C se situe de nouveau dans l'étendue non-clinique.

L'évaluation subjective du traitement par les participants

Les aspects positifs du traitement. Les deux participants ont jugé avoir reçu un service de qualité, un traitement adéquat et ajusté à leurs besoins. Les modules du traitement, les lectures et les exercices étaient jugés très pertinents. Il a été rapporté que les lectures hebdomadaires permettaient de mieux comprendre les éléments abordés en séance et, par le fait même, de se mettre davantage en action. Les deux participants considèrent que le traitement a beaucoup aidé à comprendre l'anxiété et sa provenance. Selon ces derniers, les apprentissages acquis dans le traitement ont permis de mieux gérer et de diminuer l'anxiété aux niveaux professionnel et personnel. Plus précisément, le P2 rapporte avoir pris conscience des mécanismes qui maintiennent son anxiété, notamment la surinformation, l'évitement, la procrastination et la réassurance. Il nomme constater avoir davantage d'outils pour faire face à son anxiété (résolution de problèmes plus efficace, accepter et tolérer ses inquiétudes excessives). Ce dernier mentionne prendre davantage de temps pour le plaisir, adopter une attitude positive face à ses problèmes, maintenir une routine plus stable et prendre davantage soin de lui-même. Finalement, les deux participants nomment ressentir une amélioration de leurs symptômes d'anxiété.

Les aspects à améliorer du traitement. Les deux participants ont jugé que les exercices étaient essentiels. Cependant, le P1 rapporte qu'il n'était pas toujours évident de comprendre tous les exercices. Le P1 et le P2 nomment reconnaître que la gestion de

l'anxiété est plus efficace, mais que cela demeure encore une difficulté à travailler. Le P2 rapporte éprouver encore de la difficulté à profiter des moments pour le plaisir, à maintenir une attitude positive, et à poursuivre l'exposition cognitive sans le soutien de la thérapeute. De plus, le P2 rapporte que la charge de travail était pertinente et adéquate, mais qu'il pouvait être parfois difficile de concilier la thérapie avec la vie de famille et le travail.

Les aspects négatifs du traitement. Un point nommé à de nombreuses reprises par les participants concerne la durée du traitement. Celle-ci est considérée trop courte. Les participants ont rapporté trouver difficile d'assimiler le contenu du traitement. Pour le P2, il était laborieux d'établir de nouvelles routines dans une courte période de temps. Ils nomment que le soutien durant ces périodes de changement est un aspect très important. Le premier participant suggère un an et demi de traitement.

Adhérence au traitement

Tous les participants ont complété le traitement. Aucune rencontre n'a été manquée. Au début du suivi, le P1 semblait désengagé. Il montrait une faible implication au traitement à l'extérieur des rencontres. Par exemple, il omettait d'effectuer les devoirs et se présentait en retard aux rencontres (entre 5 et 15 minutes). Les difficultés qui entravaient les bénéfices du suivi ont été abordées afin de mieux les comprendre et pour susciter l'engagement dans le traitement. Un document résumant les travaux à effectuer chaque semaine a été remis au participant pour l'aider à se remémorer les exercices de la semaine. Suite à l'intervention sur les facteurs entravant le traitement, Monsieur a montré une amélioration à l'égard de son implication à l'extérieur des rencontres. Concernant le

P2, il s'est montré très investi et motivé à l'égard du suivi. Dès la phase d'évaluation, il dénote des préoccupations au niveau de la possibilité de ne pas pouvoir bénéficier du traitement. Tout au long du processus, le P2 était à l'heure et effectuait les exercices à effectuer à la maison. Cependant, il montrait une attitude de performance, ainsi qu'une attitude rigide. Il devenait défensif lors des reflets de ses comportements maintenant l'anxiété.

Discussion

Cette étude pilote visait dans un premier temps à mesurer l'efficacité d'une TCC individuelle entre les mesures du suivi pré et des suivis post-traitement sur les symptômes anxieux du TAG et sur les inquiétudes excessives chez les hommes primipares en période post-partum. Une composante de soutien conjugal était aussi incluse dans la thérapie afin d'apporter du support aux nouveaux pères et de bonifier les gains du traitement. Dans un deuxième temps, cette étude vérifiait la faisabilité du traitement à l'aide de l'adhésion des nouveaux pères, ainsi que l'appréciation du traitement par ces derniers. À notre connaissance, il s'agit de la première étude visant à mesurer l'effet et la faisabilité d'une TCC intégrant la conjointe, chez les nouveaux pères souffrant d'un TAG en post-partum.

Les résultats des questionnaires auto-rapportés de cette étude (QIA, QIPS, QIP, III, QAP, QÉC, QIPS-DS) ont permis de déterminer l'impact positif d'une TCC sur les symptômes du TAG et les inquiétudes pour le P1. Les résultats provenant de l'évaluation clinique montrent une amélioration pour ce dernier dans l'ensemble des symptômes anxieux lors de l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois. Le P1 ne présentait plus de diagnostic clinique principal de TAG et de troubles comorbides. Cependant, lors de l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois, une rechute des symptômes est constatée et il présente à nouveau un diagnostic de TAG de faible intensité. Il est possible que les divers stressors du P1 lors de l'évaluation du suivi post-traitement

12 mois puissent avoir eu un impact sur sa gestion de l'anxiété et des inquiétudes. P1 était nouvellement père d'un deuxième enfant et il était en deuil d'un membre de la famille. Selon Figueiredo et Conde (2011), lors d'une deuxième grossesse, les parents peuvent expérimenter une augmentation des symptômes anxieux. Ces auteurs précisent que, pour les pères, l'arrivée d'un deuxième bébé représente des demandes et des défis supplémentaires, notamment aux niveaux financier et occupationnel. Ils peuvent être amenés à s'occuper davantage de l'enfant aîné pendant que la mère s'occupe du nouveau-né. C'est une période sensible pour la santé mentale des hommes en raison de l'augmentation des exigences physiques et émotionnelles (Chen, Huang, Au, & Chen, 2019).

Par ailleurs, le P1 montre aussi des changements significatifs avec fluctuations sur les mesures de l'intolérance à l'incertitude. Une étude récente de Green, Frey, Donegan et McCabe (2018) observe l'importance du changement sur le plan de l'intolérance à l'incertitude pour la TCC de l'anxiété en post-partum. Il s'agit du facteur qui prédit le mieux les changements thérapeutiques dans leur échantillon de mères. Le P1 montre aussi des changements quant à l'attitude négative face aux problèmes, la résolution de problèmes et l'évitement cognitif, ce qui peut appuyer les changements des symptômes du TAG et des inquiétudes. L'exposition à des situations incertaines à court terme pourrait avoir augmenté le niveau d'inquiétude ressentie. À long terme, cela pourrait avoir permis d'accroître la tolérance à l'incertitude et de diminuer le temps passé à s'inquiéter face à la possibilité qu'un événement négatif se produise et face aux conséquences appréhendées. En modifiant la perception face aux problèmes des nouveaux pères, ces derniers peuvent

mieux cibler les éléments problématiques d'une situation et résoudre les problèmes de façon plus efficace. Des résultats similaires ont été constatés dans l'étude de Favre (2014) auprès des nouvelles mères souffrant de symptômes du TAG. Les interventions qui ciblaient ces variables ont eu un impact significatif sur la tendance à s'inquiéter et le TAG. Notons aussi qu'une hausse des inquiétudes est observée aux séances 5 et 6 pour le P1. Cette hausse coïncide avec l'intégration de la conjointe, le module sur l'activation comportementale et l'exposition aux incertitudes. L'exposition à ses variables pourrait être en lien avec l'exacerbation des symptômes anxieux du P1 à ces séances. Une étude pilote de McIntosh et Crino (2013) a évalué un protocole d'exposition aux inquiétudes de quatre séances d'une heure pour les personnes souffrant d'un TAG. Une amélioration significative des résultats est constatée. Cependant, lorsqu'on porte attention aux tableaux des résultats des inquiétudes de McIntosh et Crino, on observe une hausse des inquiétudes avant leur diminution. Ces résultats sont cohérents avec ceux de cette étude auprès des nouveaux pères. D'autre part, il est possible que l'intégration de la conjointe à seulement quatre séances ait accentué le niveau d'exposition aux inquiétudes et aux symptômes d'anxiété du P1 et que cela ait amplifié la prise de conscience des symptômes ressentis. Une étude de Shnaider, Pukay, Fredman, Macdonald et Monson, (2014) a mesuré les effets d'une TCC auprès de participants souffrant d'un trouble de stress post-traumatique intégrant le conjoint. Ces auteurs rapportent qu'un délai supplémentaire peut être nécessaire afin de constater une amélioration des symptômes, ainsi qu'un impact relationnel. Finalement, parmi les résultats de la présente étude, une exacerbation des inquiétudes deux semaines après la fin du traitement est aussi constatée pour le P1. Un

lien peut être fait avec la perte du soutien thérapeutique lors d'une période anxiogène, puisqu'il venait d'apprendre qu'il allait devenir père pour une deuxième fois.

Pour le P2, peu d'améliorations sont constatées à l'aide des questionnaires auto-rapportés aux évaluations des suivis post-traitement deux semaines et trois mois. D'ailleurs, les résultats montrent une augmentation des symptômes du TAG et des inquiétudes excessives. Il présente toujours un TAG, ainsi qu'une dépression caractérisée. Une amélioration des symptômes du TAG est constatée seulement à l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois. Suite à la TCC, P2 avait décidé de poursuivre son cheminement thérapeutique. Par le fait même, il est difficile de départager la cause de l'amélioration des résultats. Durant le suivi, Monsieur présentait une tendance à l'évitement de l'anxiété et il se surinvestissait dans le travail. Ces mécanismes de défense pourraient avoir amoindri le ressenti de ses symptômes d'anxiété et de ses inquiétudes. Plusieurs facteurs, tels que la prise de conscience des inquiétudes et de son anxiété, l'exposition, d'importantes pertes monétaires, le perfectionnisme, la rigidité cognitive et de grandes ambitions au niveau financier pourraient avoir exacerbé ses symptômes d'anxiété durant le traitement. Entre autres, la littérature rapporte que les stressors professionnels et les difficultés financières peuvent prédire et jouer un rôle important auprès de la détresse émotionnelle, l'anxiété et la dépression (Afifi et al., 2015; Butterworth, Rodgers, & Windsor, 2009; Nicolas et al., 2018). Ensuite, la rigidité psychologique est l'un des facteurs principaux de la dépression et de l'anxiété. D'ailleurs, ce n'est pas une variable qui a été ciblée par le traitement. Fisher et Newman (2016) ont mesuré les changements de rigidité dans un processus de TCC pour le TAG et le rôle de la rigidité des symptômes en psychothérapie. Les résultats démontrent

une diminution du niveau de rigidité tout au long du traitement et que celui-ci prédit de façon significative un changement au niveau des symptômes d'anxiété. Une diminution de la rigidité accentue la flexibilité face aux exigences environnementales. Cependant, les auteurs rapportent aussi que les symptômes de rigidité et de sévérité des inquiétudes du TAG ne prédisent pas la base de la rigidité puisqu'ils sont des construits dissociables. Ils ne devraient donc pas être remplacés mutuellement. Hayes, Strosahl et Wilson (2012) rapportent que parvenir à développer une flexibilité psychologique permet de surmonter une méthode de résolution de problèmes inadéquate et excessive et à adopter une attitude plus ouverte et engagée. Ainsi, il pourrait être pertinent d'ajouter des interventions ciblant plus spécifiquement cette variable puisqu'elle n'est pas abordée dans le protocole d'intervention de la présente étude.

Une étude mesurant l'efficacité d'un traitement multimodal dans un milieu hospitalier sur l'anxiété et la dépression d'adultes ayant une maladie mentale grave (Fowler et al., 2017) a aussi mesuré les aspects de la personnalité chez les participants à l'aide du Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II – Personality disorders (SCID-II; First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1997). Les auteurs mettent l'accent sur l'importance de cibler l'évitement par l'expérience et la rigidité psychologique du traitement. D'ailleurs, ils rapportent que 83 % des patients avaient au moins deux diagnostics de troubles concomitants, que 58,9 % présentaient des troubles du spectre anxieux, et que des troubles de la personnalité étaient présents dans 33,1 % de l'échantillon. Reich (1999) rapporte que les personnes aux prises avec un trouble de la personnalité souffrent davantage d'anxiété et de symptômes dépressifs. D'ailleurs, ils présentent

habituellement plus d'antécédents familiaux de TAG. Ainsi, il peut être difficile de confirmer un trouble sans l'avoir vu évoluer au fil du temps. Il serait alors pertinent de faire une évaluation plus approfondie du contexte de vie et de la personnalité.

Finalement, le manque de flexibilité psychologique, le perfectionnisme, la dévotion excessive pour le travail et les grandes ambitions en lien avec l'argent chez le P2 semblent avoir entravé le travail thérapeutique et la modification des comportements exacerbant et maintenant l'anxiété et les inquiétudes excessives, ce qui pourrait être un facteur explicatif des différences de changements pour les deux participants.

Au niveau des mesures de l'intolérance à l'incertitude, l'attitude négative face aux problèmes, la résolution de problèmes et l'évitement cognitif pour le P2, peu d'améliorations ont été constatées aux évaluations des suivis post-traitement. Une amélioration significative est constatée à l'intolérance à l'incertitude à l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois. Comme mentionné plus haut, il est difficile de départager les facteurs engendrant l'amélioration des résultats en raison de la poursuite d'un suivi du P2. Le manque de flexibilité cognitive pourrait expliquer le faible taux de changements à l'égard des symptômes du TAG et des inquiétudes. Dès les premières semaines, une augmentation de la tendance à s'inquiéter est observée. Il est possible que l'exposition aux inquiétudes du P2 ait engendré une plus grande prise de conscience des symptômes. D'ailleurs, il avait tendance à les éviter. C'est un effet généralement observé lors de l'utilisation des carnets d'auto-observations (Dugas & Ladouceur, 2000; Favre, 2014; Théberge-Lapointe, Marchand, Langlois, Gosselin, & Watts, 2015). Par exemple,

lorsqu'on porte attention à la Figure 1 de Théberge-Lapointe et al. (2015), une augmentation des inquiétudes est remarquée aux carnets d'auto-observations quotidiennes pour la plupart des participants. D'autre part, le P2 a vécu de nombreuses pertes financières durant le suivi, ce qui pouvait engendrer une fluctuation importante du niveau d'inquiétude. Finalement, comme pour l'intolérance aux inquiétudes, Green, Frey, Donegan et McCabe (2018) ont montré que le perfectionnisme était un de prédicteur du changement en thérapie. Ainsi, le fait de ne pas s'être attardé directement au perfectionnisme et à la rigidité pourrait avoir limité les effets du traitement.

Les résultats du questionnaire EPDS ont permis de déterminer l'impact positif de la TCC sur les symptômes dépressifs pour le P1 à l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois. Cependant, lors de l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois, une augmentation des symptômes dépressifs est constatée. La conjointe du P1 dénote aussi des changements significatifs similaires chez son conjoint au niveau de la présence de symptômes dépressifs. Les résultats sont cohérents avec l'augmentation des symptômes du TAG et des inquiétudes à l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois du P1. L'arrivée d'un deuxième enfant ainsi que le deuil du P1 peuvent avoir un impact sur les symptômes dépressifs. Selon Figueiredo et Conde (2011), une deuxième grossesse a un impact sur les symptômes anxieux, mais aussi sur les symptômes dépressifs des parents. Pour le P2, on dénote une augmentation des symptômes dépressifs à l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois, ce qui le mène à faire partie de l'étendue clinique à l'EPDS. À l'évaluation du suivi post-traitement 12 mois, aucun changement n'est constaté entre l'évaluation du suivi pré et du suivi post-traitement pour le P2 et sa conjointe à l'EPDS.

Cependant, les symptômes dépressifs ont diminué comparativement à l'évaluation du suivi post-traitement deux semaines et trois mois. Ce changement est cohérent avec les résultats aux autres questionnaires. Tel que mentionné précédemment, il est difficile de départager les facteurs engendrant cette diminution. Sa conjointe constate des résultats semblables. La prise de conscience et l'exposition aux facteurs exacerbant l'anxiété et les inquiétudes, ainsi que les pertes financières importantes pourraient avoir augmenté les symptômes anxieux et dépressifs. Le manque de flexibilité cognitive et la tendance perfectionniste pourraient aussi avoir nui à la résolution et à la diminution des symptômes dépressifs. Ces variables n'ont d'ailleurs pas été considérées dans le protocole de traitement. Une étude de Gilbert, Tonge et Thompson (2019), évaluant les associations entre la dépression, l'anxiété et les manifestations d'inflexibilité psychologique auprès de 75 participants, rapporte que l'inflexibilité est positivement liée à la dépression et à l'état anxieux. Une autre étude de Stotts et al. (2019), qui a été réalisée auprès de nouvelles mères vivant des symptômes dépressifs en post-partum, observe que l'inflexibilité psychologique peut être un facteur explicatif du maintien des symptômes. D'ailleurs, ces auteurs recommandent de traiter ce mécanisme afin de favoriser la diminution des symptômes dépressifs. Ainsi, il pourrait être pertinent de cibler l'intolérance à l'incertitude et les croyances perfectionnistes dans le traitement, comme le suggèrent Green, Frey, Donegan et McCabe (2018) afin de favoriser l'amélioration des symptômes dépressifs auprès des nouveaux pères avec un haut niveau de rigidité psychologique.

Adhésion, appréciation et faisabilité du traitement

Perception de l'efficacité du traitement par les participants. Suite à l'évaluation du suivi post-traitement, les deux participants rapportent une perception subjective positive à l'égard de l'efficacité. Ils nomment être satisfaits du traitement et d'avoir reçu un service de qualité et qui a répondu à leurs besoins. Plus précisément, le P2 rapporte avoir pris conscience des mécanismes qui maintiennent son anxiété, notamment la surinformation, l'évitement, la procrastination et la réassurance. Il nomme constater avoir davantage d'outils pour faire face à son anxiété (résolution de problèmes plus efficace, accepter et tolérer ses inquiétudes excessives). Ce dernier mentionne prendre davantage de temps pour le plaisir, adopter une attitude positive face à ses problèmes, maintenir une routine plus stable et prendre davantage soin de lui-même. Finalement, les deux participants ressentent une amélioration de leurs symptômes d'anxiété. Ces résultats appuient l'hypothèse de la satisfaction du traitement par les participants.

Au niveau des aptitudes à résoudre des problèmes, à gérer les inquiétudes et à diminuer les symptômes d'anxiété, les deux participants jugent que le traitement les a aidés et qu'ils possèdent un meilleur niveau de fonctionnement. Cependant, ils rapportent que l'anxiété demeure une difficulté à travailler. Le P2 trouvait ardu de concilier la thérapie avec la vie de famille et le travail. Il se pourrait que les nouveaux pères aient besoin de plus de temps entre les séances pour réaliser la charge de travail demandée. Des résultats similaires sont ressortis dans une étude expérimentale à cas uniques et à niveaux de base multiples réalisée auprès de personnes âgées souffrant d'un TAG (Landreville et al., 2016). Le traitement était d'une période de 15 semaines et les participants ont rapporté avoir éprouvé

de la difficulté à trouver du temps pour terminer le traitement. En lien avec cet aspect, ils suggéraient d'offrir le traitement sur un plus grand nombre de semaines. C'est d'ailleurs ce qui est suggéré par les deux participants de cette étude. Il est possible que les nouveaux pères nécessitent un traitement comprenant plus de 12 séances lors de cette période d'ajustement en raison du manque de temps pour réaliser les nouvelles obligations familiales et professionnelles. Fletcher et StGeorge (2011) mentionnent que lors de l'arrivée d'un nouveau-né, les pères sont confrontés à une demande amplifiée de temps et de ressources, ce qui peut limiter leur disposition à s'engager dans une thérapie. Plusieurs études proposent d'adapter le traitement à la condition des nouveaux pères, c'est-à-dire qui ne les surcharge pas et qui est ajusté aux horaires de travail (Cui & Fiske, 2019; Fletcher & StGeorge, 2011; Primack, Addis, Syzdek, & Miller, 2010). Un traitement adapté pourrait augmenter le niveau d'adhésion des pères. D'ailleurs, Berlyn, Wise et Soriano (2008) appuient le fait que l'engagement du père auprès des services de santé peut être amélioré à l'aide de programmes adaptés à leurs besoins. Lors de cette période, les différences d'efficacité d'un traitement par la TCC peuvent être dues à un manque d'ajustement des interventions (Millett et al., 2018; O'Mahen, 2012). Pour ajuster les interventions, des horaires flexibles, des publicités visant spécifiquement les hommes, des espaces où ils se sentent confortables, ainsi que l'utilisation de la technologie sont proposés (Berlyn et al., 2008; Fletcher & StGeorge, 2011; Friedewald, Fletcher, & Fairbairn, 2005). L'étude de Green, Haber, Frey & McCabe (2015) a vérifié l'efficacité d'une TCC de groupe d'une durée de six rencontres ciblant l'anxiété périnatale auprès de 10 femmes. Une réduction statistiquement significative des symptômes anxieux et dépressifs des participantes a été observée. Cependant, l'étude n'a pas évalué le maintien

des gains thérapeutiques à l'aide de suivis à moyen et longs termes. De plus, lorsqu'on examine les scores de l'étude de Green et al., la tendance à s'inquiéter demeure toute de même élevée et similaire aux scores d'une personne souffrant d'un TAG. Cela suggère la pertinence d'offrir un traitement plus long et répondant aux besoins des nouveaux pères souffrant d'un TAG.

D'autre part, plusieurs études rapportent la difficulté des nouveaux pères à aller chercher de l'aide et à se montrer vulnérables auprès de leur entourage et des professionnels. Les hommes nécessitent plus de temps pour se dévoiler. Un lien peut être fait avec les normes de la société de stoïcisme et d'autonomie auprès des hommes. Ces normes pourraient être un facteur explicatif du frein au dévoilement des hommes et, par le fait même, nuire au succès de la thérapie (Addis, 2008; Call & Shafer, 2018; Cochran & Rabinowitz, 2003; Padesky & Hammen, 1981; Primack et al., 2010). Cette difficulté de dévoilement combinée à la tendance à utiliser l'évitement des affects comme stratégie d'adaptation (stratégie contre-productive qui peut retarder la résolution d'un problème; Johnson & Baker, 2004; Maydeu-Olivares & D'Zurilla, 1995) pourrait ralentir l'amélioration de l'état des nouveaux pères, ce qui appuie la suggestion d'offrir un traitement aux nouveaux pères comprenant plus de séances.

Finalement, la poursuite de ce traitement de type TCC par les nouveaux pères, malgré cette étape de vie difficile, montre leur niveau d'appréciation du traitement, leur niveau de motivation, d'adhésion, ainsi que la faisabilité du traitement. Cependant, l'ajustement de celui-ci dans le contexte de l'intégration de la conjointe au suivi pourrait permettre

d'augmenter son efficacité concernant la diminution des symptômes d'anxiété et des inquiétudes excessives des nouveaux pères, ainsi que le maintien des effets dans le temps, plus précisément en espaçant les séances ainsi qu'en prolongeant la thérapie à moyen terme. L'ajout de séances de thérapie pourrait permettre de travailler l'attitude négative face aux problèmes en lien avec la perception des nouveaux pères de leurs difficultés comme étant des problèmes. Cela pourrait aussi permettre de surmonter le déni et l'évitement des symptômes durant le traitement, favoriser la motivation et l'engagement et favoriser une meilleure assimilation du contenu et la pratique de nouvelles habiletés en lien avec l'intolérance à l'incertitude. Ces changements permettraient aux nouveaux pères de bénéficier d'un traitement correspondant davantage à leur réalité concernant le rythme de vie déjà chargé et les obligations familiales.

Adhérence au traitement. Les deux participants ont complété le traitement et se sont présentés à toutes les rencontres. Ces derniers se sont démontrés engagés et motivés tout au long du suivi. Cependant, la quantité d'exercices à effectuer dans une courte période de temps ainsi que la difficulté à avoir du temps hors séance pour réfléchir aux apprentissages pourraient avoir nui à la diminution des symptômes du TAG et des inquiétudes excessives. Fonseca, Gorayeb et Canavarro (2015) rapportent que le manque de temps est l'un des principaux obstacles rencontrés face au traitement chez les femmes. Ces auteurs mentionnent l'importance de connaître les obstacles afin d'améliorer les taux de traitement et pour améliorer la santé globale. Chez les nouvelles mères en période post-partum, Chabrol, Teissedre, Armitage, Danel et Walburg (2004) constatent peu d'initiative à débiter un traitement, ainsi qu'un taux d'attrition élevé. Une autre étude

évaluant les prédicteurs de la participation et l'adhérence aux recommandations au traitement de type TCC pour l'insomnie rapporte que les symptômes d'anxiété et de dépression sont souvent associés à une faible assiduité par rapport au traitement (Cui & Fiske, 2019). Des barrières quant à l'organisation, notamment le manque de temps, la fatigue, les difficultés financières et l'obligation de s'occuper du bébé, pourraient expliquer la légère diminution des symptômes d'anxiété par rapport au traitement (Fonseca et al., 2015; Kanotra et al., 2007; Létourneau et al., 2007; Thomas, Scharp, & Paxman, 2014). D'autre part, les difficultés financières du P2 lors de la TCC peuvent avoir exacerbé les symptômes d'anxiété. Ces difficultés engendrent une détresse psychologique considérable (Bradshaw & Ellison, 2010; Butterworth et al., 2009; Price, Choi, & Vinokur, 2002). Lorsque des personnes éprouvent de l'anxiété en raison de pertes financières, elles peuvent devenir moins disponibles psychologiquement et se négliger lors de périodes de conflits. La négligence peut également augmenter après une perte financière en raison de la concentration accrue sur l'argent dans les relations (Danner-Vlaardingerbroek, Kluwer, van Steenbergen, & van der Lippe, 2012; Merolla, 2017). En raison de la participation au protocole de traitement et aux rencontres, de l'engagement, la motivation et l'absence de problèmes majeurs au niveau de l'assiduité, on conclut que les nouveaux pères ont bien adhéré à la TCC. Finalement, l'adhérence au traitement malgré les difficultés rencontrées chez les nouveaux pères, l'assiduité, la satisfaction et le niveau d'attrition nul lors de l'amorce du traitement appuient l'hypothèse de la faisabilité du protocole.

L'absence de congé paternel durant le traitement

Le travail a été un thème majeur abordé en séance par les deux participants. Le travail, les soucis financiers, ainsi que la pression vécue au travail à l'égard de certaines tâches représentaient de grandes sources d'inquiétudes. Le manque de temps provenant des obligations professionnelles et parentales s'est démontré un enjeu important en thérapie. Ces aspects peuvent avoir nui au traitement des inquiétudes des nouveaux pères. Ces derniers pourraient être davantage à risque de vivre des difficultés associées à un retour au travail précipité et à tolérer les inquiétudes de cette période. Une étude similaire mesurant l'efficacité d'une TCC chez les femmes primipares souffrant de symptômes du TAG et d'inquiétudes en post-partum rapporte d'ailleurs un lien entre l'abandon d'une participante d'un traitement et la fin de son congé de maternité et le retour au travail (Favre, 2014). Feldman, Sussman et Zigler (2004) ont examiné les facteurs individuels, conjugaux et socio-contextuels associés à la durée du congé parental et à l'adaptation au travail des parents en post-partum. Un court congé de maternité serait lié à une parentalité moins optimale. D'ailleurs, les auteurs relatent qu'un congé parental court combiné à une perception négative des soins apportés aux enfants indiquent un ajustement parental plus laborieux à l'égard du rôle professionnel. Perry-Jenkins, Smith, Wadsworth et Halpern (2017) ont examiné la manière dont les politiques en milieu de travail et les prestations de congé parental permettent de prédire les symptômes dépressifs et l'anxiété des parents ayant un faible revenu. Les résultats ont révélé que les parents disposent de peu de politiques, telles que la flexibilité des horaires ou des services de garde pour les enfants. En termes d'effets croisés, un congé parental plus long prédit une diminution de l'anxiété des pères au cours de la première année. Pour les nouveaux pères, il est possible que le

travail en parallèle avec le traitement ait entravé l'assimilation et les changements des habitudes de vie. D'ailleurs, Brownson (2002) rapporte l'importance de considérer le conflit entre le travail et la vie de famille comme un problème pour les hommes. Primack et al. (2010) mentionnent d'ailleurs que les hommes sont plus susceptibles de répondre à un traitement qui ne les surcharge pas et qui convient à leur horaire de travail.

Un changement a été constaté pour les participants au niveau de l'investissement dans le travail. Ceux-ci ont arrêté un emploi ou diminué les heures effectuées au travail durant la thérapie. Ces changements concrets démontrent une évolution positive pour les nouveaux pères. Hilbrecht (2010) rapporte que le temps consacré aux loisirs contribue à la qualité de vie des parents et, qu'au contraire, des horaires irréguliers réduisent le bien-être. Il est possible qu'à long terme, si les changements se maintiennent au niveau de la baisse des heures effectuées au travail, la qualité de vie soit augmentée pour les participants.

Finalement, offrir une thérapie à moyen terme et des séances plus espacées dans le temps permettrait d'apporter un soutien plus ajusté à la réalité des nouveaux pères souffrant d'un TAG en post-partum, de favoriser la diminution des symptômes anxieux et des inquiétudes excessives, ainsi que d'accentuer la satisfaction du traitement et sa faisabilité. Ainsi, il serait pertinent d'explorer ultérieurement l'impact du retour au travail précipité suite à l'accouchement de leur conjointe afin d'évaluer en profondeur les facteurs aidant et nuisant au rétablissement des symptômes d'anxiété et d'inquiétudes.

Le recrutement

Le recrutement a été une des principales difficultés de cette étude. Celui-ci s'est déroulé durant une période de 19 mois. La collecte de données a été faite en collaboration avec une étude antérieure sur les nouveaux pères (Ducharme et al., 2016), des équipes de recherche, différentes ressources en santé mentale, ainsi qu'avec l'aide des médias sociaux afin de majorer la visibilité du projet. Cette difficulté pourrait s'expliquer par différents facteurs, notamment une résistance à aller chercher du soutien, une difficulté à reconnaître les symptômes d'anxiété, le manque de temps, ainsi qu'une tendance à l'évitement chez les nouveaux pères.

L'arrivée d'un enfant est une période d'ajustement. De plus, il peut être difficile pour les nouveaux parents et l'entourage de faire la distinction entre des symptômes anxieux et dépressifs normaux ou pathologiques. Ces derniers sont susceptibles d'être normalisés à tort, tant par le nouveau parent que par l'environnement social et les professionnels de la santé (Dennis & Chung-Lee, 2007; Goodman, 2004; Sword, Busser, Ganann, McMillan, & Swinton, 2008). La difficulté à recruter des participants pourrait être aussi expliquée par une certaine limitation à reconnaître leurs propres symptômes anxieux. D'ailleurs, Goodman (2004) recommande d'évaluer la dépression chez les hommes lorsque présente chez la mère puisque les hommes pourraient ne pas prendre conscience de leurs symptômes. Aussi, les pères souffrant d'un TAG pourraient être réticents à aller chercher de l'aide durant la période post-partum. Létourneau et al. (2007) rapportent que les barrières à la consultation en périnatal sont le sentiment de honte en lien avec l'expérience des nouveaux parents, la fatigue, l'impression d'être surmenés et le manque d'énergie.

D'ailleurs, des études montrent que, pour les pères, le mécanisme principal pour résoudre l'anxiété en post-natal est l'évitement (Johnson & Baker, 2004). Ainsi, il se pourrait que ce mécanisme puisse amener les nouveaux pères à vouloir éviter de travailler sur leurs symptômes d'anxiété, plutôt que de s'exposer et de l'aborder directement. L'évitement pourrait être renforcé par l'obstacle du manque de temps. Le manque de temps peut entraver la recherche d'aide chez les hommes (Fonseca et al., 2015; Kanotra et al., 2007; Létourneau et al., 2007; Thomas, Scharp, & Paxman, 2014). Entre autres, les nouveaux pères pourraient procrastiner à faire le premier contact téléphonique puisqu'ils se sentent complètement submergés.

Le manque de sensibilisation à la problématique chez les nouveaux pères, le faible niveau d'acceptation du soutien thérapeutique, le manque de disponibilité en raison de leurs nouvelles responsabilités en tant que parent et de la poursuite de leur vie professionnelle sont d'autres points pouvant expliquer la difficulté au niveau du recrutement. Plusieurs études rapportent qu'il est davantage difficile pour les hommes d'aller chercher de l'aide auprès des professionnels de la santé (Addis, 2008; Call & Shafer, 2018; Cochran & Rabinowitz, 2003; Padesky & Hammen, 1981; Primack et al., 2010). Cette difficulté semble être un obstacle entravant l'aide apportée aux nouveaux pères. Les croyances concernant la santé mentale diffèrent, dans la population générale, de celles des professionnels dans ce domaine (Jorm et al., 1997). Jorm et al. (2017) suggèrent qu'il est important de réduire cet écart à l'aide de campagnes d'éducation. Des ateliers d'information aux pères avant la naissance de l'enfant (p. ex., durant la grossesse de la partenaire) pourraient permettre de favoriser le recrutement, et ce, dans le but d'augmenter

le degré de littératie psychologique. Les ateliers permettraient aux pères de reconnaître, traiter et prévenir les difficultés en santé mentale (Jorm et al., 1997). Plus récemment, y Garcia et al. (2015) ont conçu une intervention motivationnelle pour enlever la stigmatisation des symptômes dépressifs et motiver des mères à consulter pour se faire évaluer. Cette méthode pourrait être utilisée pour faire une intervention similaire chez les pères. Ensuite, Wade, Post, Cornish, Vogel et Tucker (2011) ont aussi exploré les effets d'une seule rencontre de counseling sur l'auto-stigmatisation quant à la recherche d'aide, à l'intention de demander de l'aide et au désir de poursuivre les rencontres d'aide (l'auto-stigmatisation représente les perceptions négatives d'une personne en raison d'un trouble de santé mental; Corrigan, 2004). Les résultats démontrent une diminution significative de l'auto-stigmatisation suite à la séance de counseling, ce qui est renforcé par l'alliance thérapeutique et la profondeur de la séance. Les auteurs suggèrent que les gens ont réalisé d'eux-mêmes qu'il n'y avait rien à craindre, qu'il n'y avait pas d'impact sur l'estime de soi et qu'il est possible de se sentir mieux après l'aide offerte. Finalement, il serait pertinent d'entreprendre de futures recherches visant à augmenter le niveau de connaissances et de sensibilisation à la problématique du TAG chez les nouveaux pères en post-partum et sur le faible niveau d'acceptation du soutien thérapeutique afin de parvenir à offrir de l'aide à cette population.

Pistes de recherches futures

De ce fait, la thérapie cognitive-comportementale basée sur le protocole de Dugas et Ladouceur (2000) ciblant les différents symptômes du TAG, et intégrant des composantes de soutien conjugal, montre une efficacité avec certaines limites pour diminuer les

symptômes du TAG et le maintien des acquis, la tendance à s'inquiéter à l'égard des nouveaux pères, ainsi que la faisabilité du protocole. Les résultats de cette étude attestent la pertinence d'augmenter les connaissances sur cette problématique, ainsi que de valider les résultats afin de permettre la généralisation à la population. D'une part, il serait pertinent d'explorer davantage les connaissances quant à l'expression de l'anxiété chez les hommes lors de l'arrivée d'un enfant. Cette problématique semble s'exprimer différemment chez les hommes que chez les femmes, notamment par l'accent mis sur les finances et le travail (Afifi et al., 2015; Butterworth et al., 2009; Nicolas et al., 2018). Une étude de Ducharme, Lachance, Roy et Turcotte (2016) a émis l'hypothèse que le TAG chez les femmes se présente surtout par une attitude négative face aux problèmes et, chez les hommes, par une tendance à faire de la résolution de problèmes de façon impulsive et négligeant par le fait même d'autres problématiques. Ensuite, le plus grand obstacle rencontré lors de cette étude est la phase de recrutement. Ainsi, il serait pertinent d'augmenter la sensibilisation à la problématique afin de favoriser l'acceptabilité d'un traitement et l'accommodation thérapeutique qui peut être effectuée aux nouveaux pères souffrant d'anxiété en période post-partum. Le but serait d'aider les nouveaux pères à bénéficier d'un traitement thérapeutique plus adapté à leur condition. Il serait aussi intéressant de s'intéresser aux aspects de la personnalité des nouveaux pères souffrant des symptômes d'anxiété et d'inquiétudes, et ce, dans le but d'augmenter les connaissances quant à l'anxiété chez les nouveaux pères et d'offrir un traitement plus adapté. Finalement, il serait bénéfique d'intégrer la conjointe dans le processus psychothérapeutique. Cela pourrait augmenter le soutien perçu du père et avoir un impact positif sur la relation. Selon Capponi (2014), l'anxiété est modifiée par les besoins de soutien satisfaits et la qualité de

la relation conjugale durant le premier mois en post-partum chez les nouveaux pères et chez les nouvelles mères. Cette étude conclut qu'il serait sage d'apporter un meilleur accompagnement aux pères en période post-partum. Lorsque les partenaires sont satisfaits sur le plan de l'affection, des relations sexuelles, qu'ils s'entendent sur les thèmes importants, qu'ils présentent une bonne harmonie au sein de leur relation amoureuse et qu'ils partagent diverses activités, on dit des membres du couple qu'ils sont bien ajustés et qu'ils sont satisfaits de la qualité de leur relation de couple (Spanier, 1976). Pour la présente étude, les conjointes des participants ont été intégrées seulement à quatre séances d'intervention afin d'apporter un soutien aux nouveaux pères. Cependant, il ne semble pas y avoir eu une diminution plus grande des inquiétudes observée chez les nouveaux pères lors de l'intégration. Il est possible que la participation de la conjointe fût trop minime afin d'observer un changement. L'étude d'Abramowitz et al. (2013) sur le TOC intègre la conjointe à toutes les séances et le traitement est aussi d'une durée plus longue. Le programme comprend 16 sessions de 90 à 120 minutes, dont les huit premières sont deux fois par semaine et les huit dernières, une fois par semaine. Une amélioration importante a été constatée pour les trois participants de l'étude d'Abramowitz. Il serait donc pertinent d'approfondir les connaissances sur l'intégration de la conjointe dans une TCC pour le TAG auprès des nouveaux pères. D'ailleurs, dans cette étude, l'intégration de la conjointe ne semble pas avoir été un obstacle au recrutement et à la réalisation du protocole. Les pères se sont démontrés confortables et d'accord à la présence de leur conjointe. Les nouveaux pères et leur conjointe ont démontré un bon niveau d'engagement et une bonne adhérence au traitement. Ainsi, l'applicabilité de cette recherche avec l'intégration conjugale est confirmée.

Forces et limites de l'étude

Le protocole à cas unique de cette étude possède quelques lacunes, malgré les améliorations constatées. Puisqu'il s'agissait d'une étude pilote, le protocole possède une validité interne faible et permet une généralisation limitée des résultats aux nouveaux pères en raison de l'échantillon comprenant seulement deux pères et de l'absence de groupe contrôle. Les résultats de l'efficacité du traitement ne pouvaient pas être comparés avec une population ne souffrant pas d'un TAG en post-partum. Ensuite, les aspects de la personnalité n'ont pas été tenus en compte lors de l'évaluation initiale, ce qui pourrait avoir engendré des biais au niveau du diagnostic. En effet, l'évaluation de la personnalité des participants aurait pu permettre d'ajuster le protocole en fonction de la présence d'un trouble de la personnalité. Les conclusions de l'étude sont par le fait même limitées. Finalement, la nature exploratoire de l'étude constituait une première étape afin d'obtenir des informations quant à l'appréciation des participants du traitement, à l'adhésion et à la faisabilité, tout en vérifiant l'efficacité du protocole adapté aux nouveaux pères pour leur anxiété et leurs inquiétudes.

Cette étude détient par ailleurs certaines forces au niveau de la méthodologie. Premièrement, malgré l'aspect préliminaire ou exploratoire des protocoles à cas uniques, certains éléments de la validité interne de l'étude sont renforcés par ce type de protocole et par l'utilisation de niveaux de base multiples. Le traitement commençant à différents temps de mesure pour chaque participant ainsi que l'accord interjuge ont permis de diminuer des éléments d'invalidité. Le petit échantillon a favorisé une interprétation des

données plus en profondeur. Entre autres, le questionnaire sur l'évaluation du traitement par les participants a aidé à évaluer la perception subjective de ces derniers par rapport au traitement et à obtenir de l'information quant aux difficultés en lien avec le traitement. De plus, l'auto-observation quotidienne a permis de mieux observer l'évolution des inquiétudes pour les participants. Finalement, l'utilisation de diverses formes d'évaluations cliniques a permis d'obtenir un meilleur portrait d'ensemble des résultats.

Malgré les limitations, cette étude démontre la faisabilité d'une thérapie cognitive-comportementale sur les nouveaux pères souffrant d'un TAG en période post-partum, combinée au soutien conjugal. Cette étude contribue à la recherche de plusieurs façons, notamment en proposant une première impression de l'effet d'une TCC auprès de pères souffrant d'un TAG en période post-partum, à connaître davantage les besoins spécifiques quant à cette clientèle et d'apporter une ouverture à l'égard de recherches futures. En raison du caractère exploratoire de cette étude, il serait nécessaire d'approfondir les connaissances quant à l'efficacité de traitement adapté aux nouveaux pères pour diminuer les symptômes du TAG et les inquiétudes, ainsi que le maintien des gains thérapeutiques.

Conclusion

Ce projet visait à mesurer l'efficacité d'un traitement psychologique d'approche TCC basé sur le protocole de Dugas et Ladouceur (2000) pour les symptômes anxieux du TAG et les inquiétudes excessives chez les hommes primipares en période post-partum. Plus précisément, le traitement a procédé par des rencontres d'intervention individuelles et l'efficacité a été évaluée à partir de l'écart entre la mesure des symptômes du suivi pré-traitement et des suivis post-traitement et le maintien des gains thérapeutiques. Une composante de soutien conjugal a aussi été incluse dans la thérapie afin de supporter les participants et de bonifier les gains thérapeutiques. Dans un deuxième temps, cette étude vérifiait la faisabilité du traitement à l'aide de l'adhésion des nouveaux pères, ainsi que l'appréciation du traitement par ces derniers.

Cette recherche appuie la faisabilité du traitement proposé et apporte des premières données concernant l'efficacité du traitement de type TCC pour les nouveaux pères souffrant d'un TAG en post-partum, intégrant une variable de soutien conjugal. Une diminution des symptômes du TAG, de l'attitude négative face aux problèmes, de l'intolérance à l'incertitude, de l'évitement, de la résolution de problèmes et des symptômes dépressifs a été constatée subjectivement par les participants. Dans le cas du P1, une amélioration aux questionnaires des suivis post-traitement est aussi confirmée. Cependant, les résultats ne se sont pas maintenus à plus long terme. Pour le P2, peu de

résultats ont été constatés à l'aide des questionnaires du suivi pré et des suivis post-traitement, hormis après 12 mois de traitement. En raison de la décision de ce dernier d'entreprendre un nouveau suivi psychologique après le traitement offert dans le cadre de cette étude, il est difficile de départager les facteurs qui ont favorisé l'amélioration de l'état du P2. Ainsi, le maintien des effets à long terme n'a pas pu être confirmé. La poursuite du suivi des participants et de leur conjointe, et ce, malgré le manque de temps et le travail, ainsi que l'appréciation du traitement par les participants démontrent la possibilité de proposer un protocole de type TCC aux nouveaux pères souffrant d'un TAG en post-partum. Les différences au niveau des changements des deux participants ont permis de constater qu'une variable importante n'a pas été considérée dans l'évaluation et dans le protocole appliqué de cette étude. La flexibilité cognitive pourrait être un facteur important à considérer pour le traitement des symptômes du TAG et des inquiétudes excessives.

Au niveau exploratoire, il y avait trop peu de rencontres intégrant la conjointe pour observer un changement concret au niveau de l'anxiété et des inquiétudes des nouveaux pères. Il a été observé que l'ajout de la conjointe n'a pas eu d'impacts négatifs sur le recrutement, la participation des nouveaux pères et sur le protocole. Les pères se sont dit confortables à la présence de leur conjointe et à recevoir du soutien de leur part.

Cette étude permet d'augmenter les connaissances quant aux interventions efficaces en psychothérapie avec cette population, de guider les futures recherches vers le type de soutien approprié, ainsi qu'à approfondir les connaissances quant à la problématique.

Tel que nommé précédemment, la difficulté au niveau du recrutement démontre le manque de sensibilisation à la problématique chez les nouveaux pères. La difficulté de ces derniers à aller chercher du soutien et leur manque de disponibilité en raison des nouvelles responsabilités pourraient être des facteurs explicatifs. Ainsi, cette étude suggère d'approfondir les connaissances sur les obstacles quant au traitement des symptômes du TAG et des inquiétudes et le maintien des gains chez les nouveaux pères en post-partum afin de concevoir une thérapie mieux adaptée pour cette population, à approfondir les connaissances quant à la problématique et d'augmenter l'accessibilité au traitement pour cette population.

Références

- Abramowitz, J. S., Baucom, D. H., Wheaton, M. G., Boeding, S., Fabricant, L. E., Paprocki, C., & Fischer, M. S. (2013). Enhancing exposure and response prevention for OCD: A couple-based approach. *Behavior Modification*, 37(2), 189-210. doi:10.1177/0145445512444596
- Addis M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 153-168. doi:10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x
- Afifi, T., Davis, S., Merrill, A. F., Coveleski, S., Denes, A., & Afifi, W. (2015). In the wake of the Great Recession: Economic uncertainty, communication, and biological stress in families. *Human Communication Research*, 41(2), 268-302. doi:10.1111/hcre.12048
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, G. (1991). The evaluation of psychotherapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 4(3), 379-383.
- Ballard, C. G., Davis, R., Handy, S., & Mohan, R. N. (1993). Postpartum anxiety in mothers and fathers. *The European Journal of Psychiatry*, 7(2), 117-121.
- Bax-D'Auteuil, C., Duhamel, C., Dupuis, A., Roussy, C., Gosselin, P., Dussault, C., & Landreville, P. (2013, Juin). *Psychological mechanisms associated to GAD symptoms in the elderly*. Affiche présentée à au Congrès annuel de la Société canadienne de psychologie, Québec, Qc.
- Berlyn, C., Wise, S., & Soriano, G. (2008). *Engaging fathers in child and family services: Participation, perceptions and good practice*. Gouvernement de l'Australie : Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs, Occasional Paper No. 22. Repéré à <https://www.dss.gov.au/sites/default/files/documents/op22.pdf>
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.

- Bradshaw, M., & Ellison, C. G. (2010). Financial hardship and psychological distress: Exploring the buffering effects of religion. *Social Science & Medicine*, 71(1), 196-204. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.015
- Brannan, D. L. (2011). Effects of daily social support on tension-reduction drinking. *Dissertation Abstracts International: The Sciences and Engineering*, 72(6-B), 0419-4217.
- Brodeur, J., Claing, A., Gehl, K., Roy, R., & Tiscia, J.-P. (2017). *Facteurs explicatifs des symptômes comorbides TAG-Dépression postpartum chez les nouveaux pères*. Manuscrit inédit, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, QC.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2014). Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 (ADIS-5). Oxford: Oxford University Press.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV Anxiety and Mood Disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 49-58.
- Brownson, C. G. (2002). Working fathers' participation in parenting: An exploration of dominant discourses and paternal participation. *Dissertation Abstracts International: Humanities and Social Sciences*, 62(9-A), 0419-4209.
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The Intolerance of Uncertainty Scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931-946.
- Buist, A., Morse, C. A., & Durkin, S. (2003). Men's adjustment to fatherhood: Implications for obstetric health care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2), 172-180.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 243-255. doi: 10.1080/0954026031000136866
- Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socioeconomic position and depression: Results from the PATH Through Life Survey. *Social Science & Medicine*, 69(2), 229-237. doi:10.1016/j.socscimed.2009.05.008
- Byrne, M., Carr, A., & Clark, M. (2004). The efficacy of couples-based interventions for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Family Therapy*, 26(2), 105-125. Doi:10.1111/j.1467-6427.2004.00273
- Call, J. B., & Shafer, K. (2018). Gendered manifestations of depression and help seeking among men. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 41-51. doi: 10.1177/1557988315623993

- Capponi, I. (2013). Perception parentale du soutien social postnatal. *Dialogue*, 199(1), 43-58.
- Capponi, I. (2014). Anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63(1), 9-16.
- Carter, W., Grigoriadis, S., Ravitz, P., & Ross, L. E. (2010). Conjoint IPT for Postpartum Depression: Literature review and overview of a treatment manual. *American Journal of Psychotherapy*, 64(4), 373-392.
- Chabrol, H., Teissedre, F., Armitage, J., Danel, M., & Walburg, V. (2004). Acceptability of psychotherapy and antidepressants for postnatal depression among newly delivered mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(1), 5-12. doi:10.1080/02646830310001643094
- Chen, Y. H., Huang, J. P., Au, H. K., & Chen, Y. H. (2019). High risk of depression, anxiety, and poor quality of life among experienced fathers, but not mothers: A prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 242(1), 39-47.
- Christensen & Mendoza (1986). A method of assessing change in a single subject: an alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 12, 305-308.
- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(4), 441-454. doi:10.1037/0002-9432.73.4.441
- Cochran S. V., & Rabinowitz F. E. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 132-140. doi:10.1037/0735-7028.34.2.132
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cooke, M., & Stacey, T. (2003). Differences in the evaluation of postnatal midwifery support by multiparous and primiparous women in the first two weeks after birth. *Australian Midwifery*, 16(3), 18-24.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., & Dozois, D. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116.

- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Craig, E., Judd, F., & Hodgins, G. (2005). Therapeutic group programme for women with postnatal depression in rural Victoria: A pilot study. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 291-295.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27(4), 397-402.
- Cui, R., & Fiske, A. (2019). Predictors of treatment attendance and adherence to treatment recommendations among individuals receiving Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-7.
- Cutrona, C. E. (1996). *Social support in couples: Marriage as a resource in times of stress*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Danner-Vlaardingerbroek, G., Kluwer, E. S., van Steenbergen, E. F., & van der Lippe, T. (2012). Knock, knock, anybody home? Psychological availability as link between work and relationship. *Personal Relationships*, 20, 52-68. doi:10.1111/j.1475-6, 811.2012.01396.x
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2004). Fathers' perceptions of the immediate post-partial period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(3), 328-339.
- Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version*. New York, NY: Oxford.
- Ducharme, R., Lachance, A., Roy, P.-A., & Turcotte, K. (2016). *Symptômes d'anxiété généralisée chez des pères primipares : aspects descriptifs et explicatifs*. Manuscrit inédit, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, QC.
- Dugas, M. J. (2018). Le traitement de l'anxiété généralisée : plus on en sait, moins on en fait *Psychologie Canadienne*, 59(2), 126-131. doi:10.1037/cap0000144
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive therapy and research*, 21(6), 593-606.

- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 215-226.
- Dugas, M. J., Gosselin, P., & Ladouceur, R., (2001) Intolerance of uncertainty and worry: Investigating narrow specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558.
- Dugas, M. J., Hedayati, M., Karavidas, A., Buhr, K., Francis, K., & Phillips, N. A. (2005). Intolerance of uncertainty and information processing: Evidence of biased recall and interpretations. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 57-70.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). The cognitive-behavioral treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19(1), 61-81.
- Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2000). Treatment of GAD targeting intolerance of uncertainty in two types of worry. *Behavior Modification*, 24(5), 635-657.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langolis, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for Generalized Anxiety Disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(4), 821-825.
- Dutton, S. S. (2002). Marital relationship functioning in a clinical sample of Generalized Anxiety Disorder clients. *Dissertation Abstracts International*, 62, 4216.
- Eaton, W. W., Neufeld, K., Chen, L. S., Cai, G. (2000). A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: Diagnostic interview schedule and schedules for clinical assessment in neuropsychiatry in the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 217-222.
- Edmondson, O. J., Psychogiou, L., Vlachos, H., Netsi, E., & Ramchandani, P. G. (2010). Depression in fathers in the postnatal period: assessment of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening measure. *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 365-368.
- Favre, V. (2014). *Traitement des inquiétudes excessives et de l'anxiété généralisée chez les femmes primipares en période post-partum* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.
- Feldman, R., Sussman, A. L., & Zigler, E. (2004). Parental leave and work adaptation at the transition to parenthood: Individual, marital, and social correlates. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25(4), 459-479. doi:10.1016/j.appdev.2004.06.004

- Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression symptoms in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum: Parity differences and effects. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 146-157.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders, (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, A. J., & Newman, M. G. (2016). Reductions in the diurnal rigidity of anxiety predict treatment outcome in cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 79, 46-55. doi:10.1016/j.brat.2016.02.006
- Fletcher, R., & StGeorge, J. (2011). Heading into fatherhood-nervously: Support for fathering from online dads. *Qualitative Health Research*, 21(8), 1101-1114.
- Fonseca, A., Gorayeb, R., & Canavarro, M. C. (2015). Women's help-seeking behaviours for depressive symptoms during the perinatal period: Socio-demographic and clinical correlates and perceived barriers to seeking professional help. *Midwifery*, 31(12), 1177-1185.
- Fowler, J. C., Clapp, J. D., Madan, A., Allen, J. G., Frueh, B. C., & Oldham, J. M. (2017). An open effectiveness trial of a multimodal inpatient treatment for depression and anxiety among adults with serious mental illness. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 80(1), 42-54. doi:10.1080/00332747.2016.1196072
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. doi:10.1016/0191-8869(94)90048-5
- Friedewald, M., Fletcher, R., & Fairbairn, H. (2005). All-male discussion forums for expectant fathers: Evaluation of a model. *Journal of Perinatal Education*, 14(2), 8-18. doi:10.1624/105812405X44673
- Gawlik, S., Müller, M., Hoffmann, L., Dienes, A., Wallwiener, M., Sohn, C., ... Reck, C. (2014). Prevalence of paternal perinatal depressiveness and its link to partnership satisfaction and birth concerns. *Archives of women's mental health*, 17(1), 49-56. doi:10.1007/s00737-013-0377-4
- Geninet, I., & Dugas, M. J. (2007). *Questionnaire sur les inquiétudes de la dernière semaine (QIPS-DS). Traduction française du Weekly Assessment of Worry (Stöber & Bittencourt, 1998)*. Document inédit, Clinique des Troubles anxieux, Hôpital du Sacré-Cœur, QC.

- Gilbert, K. E., Tonge, N. A., & Thompson, R. J. (2019). Associations between depression, anxious arousal and manifestations of psychological inflexibility. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, 88-96.
- Gjerdingen, D. K., & Center, B. A. (2003). First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(4), 304-311.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 26-35.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (2002). Inquiétude et résolution de problèmes sociaux : le rôle de l'attitude négative face au problème. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 12(2), 49-58.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1427-1439. doi:10.1016/j.janxdis.2008.02.005
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2003). Sevrage des benzodiazépines chez des patients souffrant du Trouble d'anxiété généralisée : efficacité d'une intervention comportementale et cognitive. *Santé mentale au Québec*, 28(2), 59-86.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 908-919.
- Gosselin, P., Langlois, F., Freeston, M. H., Ladouceur, R., Dugas, M. J., Pelletier, O. (2002). Le Questionnaire d'évitement cognitif (QEC) : développement et validation auprès d'un échantillon d'adultes et d'adolescents. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 12(1), 24-37.
- Gosselin, P., Pelletier, O., Ladouceur, R. (2001). *Développement et validation d'un nouveau questionnaire évaluant l'attitude des gens à l'égard des problèmes*. Communication présentée au Réseau de Santé Mentale du FRSQ (RSMQ), Québec.
- Green, S. M., Frey, B. N., Donegan, E., & McCabe, R. E. (2018). Cognitive Behavioral Therapy for anxiety and depression during pregnancy and beyond: How to manage symptoms and maximize well-being. New York, NY: Routledge.

- Green, S. M., Haber, E., Frey, B. N., & McCabe, R. E. (2015). Cognitive-behavioral group treatment for perinatal anxiety: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 18(4), 631–638. <https://doi-org.ezproxy.usherbrooke.ca/10.1007/s00737-015-0498-z>
- Griffiths, P., & Barker-Collo, S. (2008). Study of a group treatment program for postnatal adjustment difficulties. *Archives of women's mental health*, 11(1), 33-41. doi:10.1007/s00737-008-0220-5
- Guedeney, N., & Fermanian, J. (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13(2), 83-89.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Henning, E. R., Turk, C. L., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2007). Impairment and quality of life in individuals with Generalized Anxiety Disorder. *Depression and Anxiety*, 24(5), 342-349.
- Hilbrecht, M. J. (2010). Parents, employment, gender and well-being: A time use study. *Dissertation Abstracts International: Humanities and Social Sciences*, 71(1-A), 0419-4209.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research : Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful changes in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19.
- Johnson, M. P., & Baker, S. R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth and miscarriage: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 87-98.
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Rodgers, B., Pollitt, P., Christensen, H., & Henderson, S. (1997). Helpfulness of interventions for mental disorders: Beliefs of health professionals compared with the general public. *The British Journal of Psychiatry*, 171(3), 233-237. doi:10.1192/bjp.171.3.233
- Kanotra, S., D'Angelo, D., Phares, T. M., Morrow, B., Barfield, W. D., & Lansky, A. (2007). Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: An

analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. *Maternal and Child Health Journal*, 11(6), 549-558. doi: 10.1007/s10995-007-0206-3

Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Kazdin, A. E. (2003). *Research Design in Clinical Psychology* (4^e éd.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Kumar, R., Robson, K.-M., & Smith, A. M. R. (1984). Development of a self-administered questionnaire to measure material adjustment and material attitudes during pregnancy and after delivery. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(1), 43-51.

Ladouceur, R., & Bégin, G. (1980). *Protocoles de recherche en sciences appliquées et fondamentales*. St-Hyacinthe, QC: Edisem.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 957-964. doi:10.1037//0022-006X.68.6.957

Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933-941. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00133-3

Landreville, P., Gosselin, P., Grenier, S., Hudon, C., & Lorrain, D. (2016). Guided self-help for Generalized Anxiety Disorder in older adults. *Aging & Mental Health*, 20(10), 1070-1083. doi:10.1080/13607863.2015.1060945

Lawrence, E., Rothman, A. D., Cobb, R. J., Rothman, M. T., & Bradbury, T. N. (2008). Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*, 22(1), 41-50.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.

Leach, L. S., Poyser, C., Cooklin, A. R., & Giallo, R. (2016). Prevalence and course of anxiety disorders (and symptom levels) in men across the perinatal period: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 675-686.

Létourneau, N., Duffet-Léger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. (2007). Canadian mother's perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(5), 441-449. doi:10.1111/J.1152-6909.2007.00174.x

- Lobjoie, C., & Péliissolo, A. (2012). Résultats d'une thérapie comportementale et cognitive de groupe spécifique de l'éreutophobie. *L'Encéphale*, 38(4), 345-350.
- Logsdon, M. C., Wisner, K., Billings, D. M., & Shanahan, B. (2006). Raising the awareness of primary care providers about postpartum depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(1), 59-73.
- Marks, M., & Lovestone, S. (1995). The role of the father in parental postnatal mental health. *British Journal of Medical Psychology*, 68(2), 157-168.
- Marrs, J. (2013). Evaluation of the impact of a CBT-based group on maternal postnatal mental health difficulties. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(1), 72-80.
- Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D. F. (2003). Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers : Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 74, 139-147. doi:10.1016/S0165-0327(02)00012-5
- Mauthner, N. S., (1995). Postnatal depression: The significance of social contacts between mothers. *Women's Studies International Forum*, 18(3), 311- 323.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1995). A factor analysis of the Social Problem-Solving Inventory using polychoric correlations. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(2), 98-107.
- McIntosh, C., & Crino, R. (2013). Towards a unified worry exposure protocol for Generalised Anxiety Disorder: A pilot study. *Behaviour Change*, 30(3), 210-225. doi:10.1017/bec.2013.19
- Mehta, M. (1990). A comparative study of family-based and patient-based behavioural management in Obsessive-Compulsive Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 157(1), 133-135. doi:10.1192/bjp.157.1.133
- Merolla, A. J. (2017). A longitudinal analysis of financial loss, anxiety, destructive conflict, and relational maintenance. *Personal Relationships*, 24(4), 729-747.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394. doi:10.1016/j.jad.2010.10.045

- Millett, L., Taylor, B. L., Howard, L. M., Bick, D., Stanley, N., & Johnson, S. (2018). Experiences of improving access to psychological therapy services for perinatal mental health difficulties: A qualitative study of women's and therapists' views. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(4), 421-436. doi:10.1017/S1352465817000650
- Misri, S., Reebye, P., Milis, L., & Shah, S. (2006). The impact of treatment intervention on parenting stress in postpartum depressed mothers: A prospective study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(1), 115-119. doi:10.1037/0002-9432.76.1.115
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13(2), 125-139. doi:10.1007/s00737-009-0101-6
- Nicolas, C., Chawky, N., Jourdan-Ionescu, C., Drouin, M.-S., Page, C., Houlfort, N., ... Séguin, M. (2018). Stresseurs professionnels et troubles mentaux courants : quels liens de causalité? *L'Encéphale : Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 44(3), 200-207. doi:10.1016/j.encep.2017.01.004
- O'Mahen, P. (2012). Exploring the Relationship between Media Institutions and Political Participation. In *APSA 2012 Annual Meeting Paper*.
- Padesky, C. A., & Hammen, C. L. (1981). Sex differences in depressive symptom expression and help-seeking among college students. *Sex Roles*, 7(3), 309-320.
- Perry-Jenkins, M., Smith, J. Z., Wadsworth, L. P., & Halpern, H. P. (2017). Workplace policies and mental health among working-class, new parents. *Community, Work & Family*, 20(2), 226-249.
- Prenoveau, J., Craske, M., Counsell, N., West, V., Davies, B., Cooper, P., ... Stein, A. (2013). Postpartum GAD is a risk factor for postpartum MDD: The course and longitudinal relationships of postpartum GAD and MDD. *Depression and anxiety*, 30(6), 506-514.
- Price, R. H., Choi, J. N., & Vinokur, A. D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: How financial strain of personal control lead to depression, impaired functioning, and poor health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(4), 302-312. doi:10.1037//1076- 8998.7.4.302
- Primack, J. M., Addis, M. E., Syzdek, M., & Miller, I. W. (2010). The Men's Stress Workshop: A gender-sensitive treatment for depressed men. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 77-87. doi:10.1016/j.cbpra.2009.07.002

- Quevedo, L., da Silva, R. A., Coelho, F., Pinheiro, K. A. T., Horta, B. L., Kapczinski, F., & Pinheiro, R. T. (2011). Risk of suicide and mixed episode in men in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 132(1), 243-246.
- Reich, J. (1999). An empirical examination of the concept of “stress-induced” personality disorders. *Psychiatric Annals*, 29(12), 701-706. doi:10.3928/0048-5713-19991201-10
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49(3), 167-180.
- Robichaud, M., Dugas, M. J., & Conway, M. (2003). Gender differences in worry and associated cognitive-behavioral variables. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 501-516.
- Shnaider, P., Pukay, M. N. D., Fredman, S. J., Macdonald, A., & Monson, C. M. (2014). Effects of cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD on partners’ psychological functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 27(2), 129-136. doi:10.1002/jts.21893
- Sideridis, G. D. (1997). Data smoothing: Prediction of human behavior, detection of behavioral patterns, and monitoring treatment effectiveness in single-subject behavioral studies. *Journal of Behavioral Education*, 7(2), 191-203.
- Skari, H., Skreden, M., Malt, U. F., Dalholt, M., Ostensen, A. B., Egeland, T., & Emblem, R. (2002). Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth – A prospective population-based study of mothers and fathers. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(10), 1154-1163.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- StGeorge, J. M., & Fletcher, R. J. (2011). Fathers online: Learning about fatherhood through the internet. *The Journal of Perinatal Education*, 20(3), 154-162.
- Stöber, J., & Bittencourt, J. (1998). Weekly Assessment of Worry: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 645-656.
- Stotts, A. L., Villarreal, Y. R., Klawans, M. R., Suchting, R., Dindo, L., Dempsey, A., ... Northrup, T. F. (2019). Psychological flexibility and depression in new mothers of medically vulnerable infants: A mediational analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 23(6), 821-829. doi:10.1007/s10995-018-02699-9

- Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T., & Swinton, M. (2008). Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. *Qualitative Health Research, 18*(9), 1161-1173.
- Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., Gosselin, P., & Watts, S. (2015). Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for Generalized Anxiety Disorder. *European Review of Applied Psychology, 65*(1), 9-17.
- Thomas, L. J., Scharp, K. M., & Paxman, C. G. (2014). Stories of postpartum depression: Health constructs and help-seeking in mothers' talk. *Women and Health, 54*(4), 373-387. doi:10.1080/03630242.2014.896442
- Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y. L., Dhaliwal, S., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. W. (2012). Can father inclusive practice reduce paternal postnatal anxiety? A repeated measures cohort study using the hospital anxiety and depression scale. *BMC Pregnancy and Childbirth, 12*(1), 75.
- Turcotte, K., Lachance, A., Ducharme, R., Roy, P.-A. & Gosselin, P. (2017, mars). Trouble d'anxiété généralisée et principaux thèmes d'inquiétudes chez des pères primipares. Communication par affiche présentée au 39e congrès annuel de la Société Québécoise de la recherche en psychologie, Montréal, Canada.
- Viau-Guay, L. (2011). *Inquiétudes excessives et anxiété généralisée chez les femmes primipares en période périnatale* (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc.
- Viau-Guay, L., & Gosselin, P. (2010). *Le Questionnaire sur les Inquiétudes par rapport à la Grossesse et à la Maternité*. Document inédit, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, QC.
- Wade, N. G., Post, B. C., Cornish, M. A., Vogel, D. L., & Tucker, J. R. (2011). Predictors of the change in self-stigma following a single session of group counseling. *Journal of Counseling Psychology, 58*(2), 170-182.
- Wenzel, A., Haugen, E. N., Jackson, L. C., & Brendle, J. R. (2005). Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Journal of Anxiety Disorders, 19*(3), 295-311. doi:10.1016/j.janxdis.2004.04.001
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 638-643.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorder and

dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 803-808.

- Wierzbicki, M., & Bartlett, T. S. (1987). The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3), 337-342. doi:10.1007/BF01186284
- Wilkinson, M. (1995). A comparison of two methods of character construction. *Cladistics*, 11(3), 297-308.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. Dans S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Éds), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 86-135). New York, NY: Oxford University Press.
- y Garcia, E. F., Joseph, J., Wilson, M. D., Hinton, L., Simon, G., Ludman, E., ... Kravitz, R. L. (2015). Pediatric-based intervention to motivate mothers to seek follow-up for depression screens: The Motivating Our Mothers (MOM) trial. *Academic Pediatrics*, 15(3), 311-318.
- Zukewich, N. (1998). *Le travail, la condition parentale et le manque de temps*. Statistique Canada : Emploi du temps et transitions au cours de la vie. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-584-m/89-584-m2003001-fra.pdf?st=wY5D6hdH>

Appendice A
Affiche de recrutement

Vous vivez plus d'*anxiété* maintenant que vous êtes père?

Vous vous *inquiétez* de divers sujets ?



Un grand nombre de pères souffre de problèmes d'anxiété et d'inquiétude suivant la naissance de leur premier enfant.

Il est possible de recevoir de l'aide afin de se sentir mieux!

Si vous vous reconnaissez et que vous avez entre 18 et 65 ans, *nous pouvons peut-être vous aider*. Notre équipe de l'Université de Sherbrooke étudie l'efficacité d'un traitement par psychothérapie pour les inquiétudes et l'anxiété, spécialement adapté à la réalité des nouveaux pères.

Une évaluation approfondie ainsi qu'une thérapie individuelle avec une intervenante qualifiée sont offertes GRATUITEMENT aux pères admissibles à cette recherche.

Pour plus d'informations, contactez Kathleen Gagnon, doctorante en psychologie, au (819) 821-8000, poste 65616, ou kathleen.gagnon2@usherbrooke.ca

Ce projet est réalisé sous la direction de Patrick Gosselin par Kathleen Gagnon, étudiante au doctorat en psychologie, dans le cadre de la thèse doctorale.

Appendice B
Dépliant de recrutement

Un grand nombre de pères souffrent de problèmes d'anxiété et d'inquiétude suivant la naissance de leur premier enfant.

Il est possible de recevoir de l'aide afin de se sentir mieux!

Pour plus d'informations concernant cette étude, contactez Kathleen Gagnon, doctorante en psychologie.

**(819) 821-8000,
poste 65616**

OU

**Kathleen.gagnon2
@usherbrooke.ca**

**Vous vivez plus
d'anxiété
maintenant que
vous êtes père?**



**Vous vous inquiétez
de divers sujets?**



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Appendice C
Mesure des carnets d'auto-observations

Carnets d'auto-observations

Auto-observations quotidiennes

Date : ____/____/____

1) Combien de temps avez-vous passé à vous inquiéter pendant la journée ? _____(heure(s), minute(s))

À partir de cette échelle répondez aux questions suivantes :

0	1- 20	21- 40	41-60	61- 80	81-100
Aucunement	Légèrement	Passablement	Moyennement	Beaucoup	Énormément

2) Jusqu'à quel point avez-vous été tendu ou anxieux aujourd'hui? _____(0 à 100)

3) À quel point est-ce que votre capacité à répondre adéquatement au besoin de votre bébé a été un sujet d'inquiétude aujourd'hui? _____(0 à 100)

4) À quel point vous avez été satisfait de votre vie aujourd'hui? _____(0 à 100)

5) Avez-vous consommé des médicaments, alcool ou drogues aujourd'hui? OUI ☐ NON ☐

Si oui, quoi? _____

Quelle(s) quantité(s)? _____

Appendice D
Grille d'auto-évaluation du traitement

Grille d'auto-évaluation du traitement

Consigne. Nous souhaitons recueillir vos impressions au sujet du traitement afin de l'améliorer. Pour ce faire, nous aimerions savoir comment vous avez trouvé différents aspects du traitement. Pour chaque énoncé, identifiez votre réponse parmi les choix suivants :

- a) Tout à fait d'accord
- b) Plutôt en accord
- c) Plutôt en désaccord
- d) Absolument pas d'accord
- e) Ne s'applique pas

Par la suite, expliquez votre choix de réponse et, au besoin, indiquez vos suggestions pour améliorer cet aspect du traitement. Gardez en tête qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse et que tous vos commentaires, positifs ou négatifs, nous sont utiles.

1. Les différents modules du traitement sont pertinents:____

Commentaires

2. Les lectures sont utiles et claires:____

Commentaires

3. Les exercices sont clairs et utiles :____

Commentaires

4. La charge de travail demandée à chaque semaine (lectures, exercices, questionnaires à compléter) est raisonnable: ____

Commentaires

5. La durée du traitement est suffisante: ____

Commentaires

6. Le traitement m'a aidé à comprendre comment mes pensées et mon comportement contribuent à mon anxiété : ____

Commentaires

7. Le traitement m'a permis d'apprendre des moyens pour réduire mon anxiété : ____

Commentaires

8. Suite au traitement, je suis plus efficace pour contrôler mon anxiété :

Commentaires

9. Le traitement a répondu à mes besoins :

Commentaires

10. Le traitement dans son ensemble est adéquat:____

Commentaires

11. Je suis satisfait de la qualité des services que j'ai reçu :

Commentaires

Appendice E
Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété – Conjointe (QIA-C)

QUESTIONNAIRE SUR L'INQUIÉTUDE ET L'ANXIÉTÉ – CONJOINTE

Les questions suivantes visent à préciser certaines dimensions reliées à l'anxiété et aux inquiétudes de votre conjoint. S.V.P., lisez attentivement chaque énoncé et répondez, lorsqu'il y a lieu, en encerclant le chiffre correspondant à ce que vous remarquez habituellement. Pour avoir un point de vue indépendant, veuillez répondre aux questions sans les discuter avec votre conjoint.

En pensant aux dernières semaines :

1. Quels sont les sujets à propos desquels votre conjoint semble s'inquiéter le plus souvent?

a) _____	d) _____
b) _____	e) _____
c) _____	f) _____

2. Est-ce que les inquiétudes de votre conjoint vous semblent excessives ou exagérées? Avez-vous l'impression qu'il s'en fait trop (Encerclez le chiffre correspondant.)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement excessives				Modérément excessives				Complètement excessives

3. Combien de jours votre conjoint vous est-il apparu troublé par des soucis excessifs? (Encerclez le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Jamais				1 jour sur 2				À tous les jours

4. Est-ce que vous avez l'impression que votre conjoint a de la difficulté à contrôler ses inquiétudes? Par exemple, lorsqu'il commence à s'inquiéter à propos de quelque chose, semble-t-il avoir de la difficulté à se changer les idées? (Encerclez le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune difficulté				Difficulté modérée				Difficulté extrême

- 5. Avez-vous remarqué que votre conjoint était agité, surexcité ou avait les nerfs à vif lorsqu'il semblait inquiet ou anxieux? (Encerclez le chiffre correspondant)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

6. Avez-vous remarqué que votre conjoint était facilement fatigué lorsqu'il semblait inquiet ou anxieux? (Encerclez le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

7. Avez-vous remarqué que votre conjoint avait de la difficulté à se concentrer ou à se rappeler des choses lorsqu'il semblait inquiet ou anxieux? (Encerchez le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

8. Avez-vous remarqué que votre conjoint était irritable lorsqu'il semblait inquiet ou anxieux? (Encerclez le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

9. Avez-vous remarqué que votre conjoint était tendu (tensions musculaires) lorsqu'il semblait inquiet ou anxieux? (Encerclez le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

10. Avez-vous remarqué que votre conjoint avait des problèmes de sommeil (difficulté à tomber ou rester endormi, sommeil agité ou insatisfaisant) lorsqu'il semblait inquiet ou anxieux? (Encercler le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement			Modérément			Très sévèrement		

11. À quel point avez-vous l'impression que l'anxiété ou les inquiétudes nuisent au fonctionnement de votre conjoint (travail/études, activités, relation avec les membres de la famille, etc.)? (Encerlez le chiffre correspondant)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucunement				Modérément				Très sévèrement

S.V.P. Présenter des exemples où vous avez l'impression que l'anxiété nuit dans sa vie, le cas échéant :

Appendice F

Questionnaire maison sur les inquiétudes et sur la parentalité – Conjointe (QIP-C)

QIP-C

Les questions suivantes visent à préciser certaines dimensions reliées aux inquiétudes et à la parentalité de votre conjoint. S.V.P., lisez attentivement chaque énoncé et répondez, lorsqu'il y a lieu, en encerclant le chiffre correspondant à ce que vous remarquez habituellement. Pour avoir un point de vue indépendant, veuillez répondre aux questions sans les discuter avec votre conjoint.

En utilisant l'échelle suivante, identifiez à quel point chaque énoncé correspond à votre conjoint.

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

- ___ 1. Il sait qu'il ne devrait pas s'inquiéter au sujet de votre enfant mais il n'y peut rien.
- ___ 2. Ses inquiétudes liées à votre enfant le submergent.
- ___ 3. Il s'inquiète souvent depuis qu'il est père.
- ___ 4. Depuis l'arrivée de votre enfant, il se sent davantage sous pression et il s'inquiète beaucoup.
- ___ 5. Il s'inquiète beaucoup quant à son rôle de père.
- ___ 6. Ces temps-ci, quand il commence à s'inquiéter au sujet de votre enfant, il ne peut plus s'arrêter.
- ___ 7. Depuis l'arrivée de votre enfant, plusieurs situations l'amènent à s'inquiéter.
- ___ 8. Aussitôt qu'il a fini une tâche, il commence immédiatement à s'inquiéter au sujet de toutes les autres choses qu'il a encore à prévoir.
- ___ 9. Il s'inquiète beaucoup pour certains sujets liés à la paternité.

Appendice G

L'échelle de dépression post-partum d'Edinburgh – Conjointe (EPDS-C)

EPDS-Conjointe

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en encerclant le chiffre qui semble le mieux décrire comment votre conjoint s'est senti durant la semaine (c'est-à-dire les 7 jours qui viennent de s'écouler) et donc ne pas seulement vous baser sur la journée d'aujourd'hui pour répondre aux questions. Pour avoir un point de vue indépendant, veuillez répondre aux questions sans les discuter avec votre conjoint.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER...

<p>1. Mon conjoint a pu rire et prendre les choses du bon côté :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aussi souvent que d'habitude 0 ▪ Pas tout à fait autant 1 ▪ Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci .. 2 ▪ Absolument pas 3 	<p>6. Mon conjoint a eu tendance à se sentir dépassé par les événements :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps il s'est senti incapable de faire face aux situations 3 ▪ Oui, parfois il s'est senti aussi capable de faire face que d'habitude 2 ▪ Non, il a pu faire face à la plupart des situations 1 ▪ Non, il s'est senti aussi efficace que d'habitude 0
<p>2. Mon conjoint s'est senti confiant et joyeux, en pensant à l'avenir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Autant que d'habitude 0 ▪ Plutôt moins que d'habitude 1 ▪ Vraiment moins que d'habitude 2 ▪ Pratiquement pas 3 	<p>7. Mon conjoint s'est senti si malheureux qu'il a eu des problèmes de sommeil :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps 3 ▪ Oui, parfois 2 ▪ Pas très souvent 1 ▪ Non, pas du tout 0
<p>3. Mon conjoint s'est reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps 3 ▪ Oui, parfois 2 ▪ Pas très souvent 1 ▪ Non, jamais 0 	<p>8. Mon conjoint s'est senti triste ou peu heureux :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps 3 ▪ Oui, très souvent 2 ▪ Pas très souvent 1 ▪ Non, pas du tout 0
<p>4. Mon conjoint s'est senti inquiet ou soucieux sans motif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non, pas du tout 0 ▪ Presque jamais 1 ▪ Oui, parfois 2 ▪ Oui, très souvent 3 	<p>9. Mon conjoint s'est senti si malheureux qu'il en a pleuré :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, la plupart du temps 3 ▪ Oui, très souvent 2 ▪ Seulement de temps en temps 1 ▪ Non, jamais 0
<p>5. Mon conjoint s'est senti effrayé ou paniqué sans vraiment de raison :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, vraiment souvent 3 ▪ Oui, parfois 2 ▪ Non, pas très souvent 1 ▪ Non, pas du tout 0 	<p>10. Il est arrivé à mon conjoint de penser à se faire du mal :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oui, très souvent 3 ▪ Parfois 2 ▪ Presque jamais 1 ▪ Jamais 0

Appendice H
Tableau synthèse

Tableau synthèse

<i>Synthèse de l'administration des mesures</i>					
Administration	Mesure	Pre-tx	Post-tx	Suivi post-tx 3 mois	Suivi post-tx 12 mois
Thérapeute	Canevas d'entrevue téléphonique initiale QIA	X	X	X	X
Thérapeute/ Évaluateur	ADIS-5	X	X	X	X
	Grille d'auto- éval. du traitement			X	
Participant (auto-évaluation)	Carnets d'auto- observations	X	X	X	X
	QIPS	X	X	X	X
	QIP	X	X	X	X
	III	X	X	X	X
	QAP	X	X	X	X
	QEC	X	X	X	X
	EPDS	X	X	X	X
Conjointe (auto- évaluation)	QIA-C	X	X	X	X
	QIP-C	X	X	X	X
	EPDS-C	X	X	X	X

Note. ADIS 5 = Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 – adaptation québécoise; QIA = Questionnaire sur l'inquiétude et l'anxiété; QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes du Penn State; QIP = Questionnaire maison sur les inquiétudes et sur la parentalité; QAP = Questionnaire d'attitude face aux problèmes; QEC = Questionnaire d'évitement cognitif; EPDS = L'échelle de dépression post-partum d'Edinburgh.

Appendice I
Formulaires d'information et de consentement



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (conjointe)

Vous êtes invitée à participer à un projet de recherche mené au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Ce document vous renseigne sur les modalités de l'étude. S'il y a des mots dont vous ignorez la signification ou des phrases dont le sens vous paraît confus, n'hésitez pas à demander des précisions. Votre participation se verra confirmée, après avoir pris connaissance et accepté le contenu présenté, par l'apposition de votre signature à la fin de ce document.

Titre du projet de recherche et responsables

Efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale combinée au soutien conjugal pour l'inquiétude et l'anxiété de nouveaux pères en période post-partum.

Kathleen Gagnon, doctorante en psychologie à l'Université de Sherbrooke, et Patrick Gosselin, directeur de recherche et professeur au Département de psychologie, sont responsables de ce projet. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires, vous pouvez rejoindre Mme Gagnon au 819-821-8000, poste 65616 ou M. Gosselin au 819-821-8000, poste 63811. Ce projet est réalisé dans le cadre de la thèse doctorale de Mme Gagnon.

Objectif du projet¹

L'objectif de l'étude consiste à évaluer l'efficacité d'une psychothérapie adaptée pour l'anxiété et les inquiétudes excessives en période post-partum, combinée au soutien conjugal auprès de pères ayant eu un premier enfant. Plus spécifiquement, nous cherchons à déterminer quels sont les impacts de cette psychothérapie sur la tendance à s'inquiéter et l'anxiété, ainsi que sur certains facteurs associés (p.ex., qualité de vie, humeur, variables conjugales). Les interventions psychologiques rassemblées dans ce traitement sont inspirées de protocoles de thérapie ayant déjà montrés des bénéfices pour l'anxiété auprès d'autres populations.

Raison et nature de la participation

L'éligibilité de votre conjoint à la psychothérapie est confirmée à la suite de deux rencontres en face à face. Tout d'abord, il y aura une brève entrevue téléphonique et une rencontre d'évaluation individuelle avec votre conjoint (ce qui est le cas si vous lisez ce formulaire de consentement). Si l'intérêt de votre conjoint et votre intérêt à la participation à l'étude est maintenu, vous serez convoquée avec votre conjoint à une rencontre pour la présentation des objectifs de l'étude, vérifier votre intérêt et tenir une brève évaluation (c.-à-d., questions brèves concernant les critères d'inclusion de l'étude). Vous serez ensuite invitée à signer le formulaire de consentement et à remplir des questionnaires, en version papier, évaluant l'anxiété de votre conjoint ainsi que certaines variables conjugales (p.ex., satisfaction, soutien). La durée approximative de la rencontre pour compléter les questionnaires sera de 30 à 45 minutes. Vous serez de nouveau invitée à remplir

¹ **Justification du recours à des êtres humains et du choix du groupe.** Les informations à ce sujet se retrouvent dans la section sur l'objectif et les buts ou la nature de participation. Dans ce cas-ci, le recours à des personnes vivant de l'anxiété et des inquiétudes est nécessaire pour la réalisation de cette recherche.

ces questionnaires après la terminaison du traitement (après deux semaines, trois mois et 12 mois).

Prétraitement

Une à trois semaines suivant l'évaluation de votre conjoint, une première rencontre de psychothérapie aura lieu avec ce dernier. Il est à noter que le délai d'attente pour commencer le traitement variera pour chaque participant, selon des intervalles préétablis en fonction des exigences découlant d'une démarche scientifique. Dépendamment du délai d'attente prévu pour débiter la thérapie, votre conjoint bénéficiera d'échanges téléphoniques hebdomadaires avec la thérapeute (c.-à-d., une dizaine de minutes) visant à évaluer son état avant la thérapie (phase de prétraitement). Si vous avez l'impression que des informations devraient nous être communiquées durant cette période (p.ex., aggravation de l'état psychologique de votre conjoint) ou que vous avez des questions, nous vous invitons à nous contacter.

Traitement

Votre conjoint bénéficiera d'une psychothérapie (12 séances hebdomadaires), comprenant quatre séances en votre présence. La psychothérapie vise le traitement de l'anxiété et des inquiétudes excessives du père. Le but des séances en présence des deux membres du couple consiste à aborder ce qui est fait en thérapie, à vérifier comment le conjoint peut être soutenu dans ses démarches de traitement et à maximiser et généraliser l'effet des stratégies d'intervention en tenant compte de la nouvelle réalité des deux conjoints. Les séances individuelles seront d'une durée de 60 minutes (séance 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10 et 12) et celles en couple d'une durée de 90 minutes (séance 4, 5, 8 et 11). Afin d'assurer la qualité du service rendu et le dénouement harmonieux du suivi, la thérapeute sera supervisée par un psychologue membre de l'Ordre des psychologues du Québec et possédant plus 20 ans de pratique dans l'intervention pour l'anxiété. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de compléter de brefs questionnaires portant sur votre perception de l'état de votre conjoint et votre perception de dimensions conjugales (p.ex., soutien, satisfaction). Vous serez invitée à participer aux exercices expérientiels réalisés en séance de couple et à soutenir votre conjoint dans la pratique des exercices personnels hors séance (p. ex., motivateur, guide). Il est espéré que le soutien offert par la thérapeute, et le vôtre, favorisent une meilleure gestion de l'anxiété du conjoint. Les séances de psychothérapie individuelles auront lieu dans les locaux cliniques du Département de psychologie alors que les séances de couples pourront avoir lieu dans les locaux cliniques de l'université ou au domicile des participants. Ceci sera officialisé à la suite d'un échange entre la thérapeute et les participants et selon certaines modalités (p. ex., lieu désiré, commodité, emplacement géographique).

Autres évaluations

En plus des questionnaires à remplir en début de traitement, il vous sera demandé de compléter quelques questionnaires, en version papier, deux semaines après la terminaison du traitement (évaluation de fin de traitement), ainsi qu'après des délais de 3 mois et 12 mois suivant la fin du traitement (évaluations de suivi). La durée moyenne pour compléter les questionnaires sera de 30 à 45 minutes. Ces derniers vous seront envoyés par envoi postal et ils pourront être retournés de la même façon dans une enveloppe pré-affranchie qui vous sera envoyée avec les questionnaires. Si vous éprouvez aussi des difficultés psychologiques, des références vous seront offertes afin que vous puissiez bénéficier du soutien nécessaire.

Moments et nature des rencontres :

En résumé, votre participation à cette étude implique de vous présenter avec votre conjoint à une rencontre évaluant votre éligibilité à l'étude et de remplir certains questionnaires avant et après le traitement. Votre collaboration implique aussi de venir à quatre rencontres de psychothérapie avec votre conjoint (séance 4, 5, 8 et 11) et d'accomplir certains exercices avec votre conjoint à la maison.

Avantages pouvant découler de la participation

Les pères bénéficieront gratuitement d'une évaluation psychologique et d'un traitement pour l'anxiété et les inquiétudes, dont les composantes ont déjà montré leur efficacité dans d'autres contextes. De plus, cette étude permettra d'accroître la compréhension de l'impact et de l'efficacité d'un traitement adapté aux hommes souffrant d'anxiété post-partum et d'inquiétudes excessives. Il est aussi possible que l'étude oriente des travaux de recherche notamment, en proposant des composantes à inclure dans de futurs traitements offerts à des hommes aux prises avec une souffrance psychologique en période post-partum. Il est aussi possible que l'intervention, combinant une approche individuelle et conjugale, centrée sur le travail dans le moment présent, contribue à l'amélioration du bien-être des deux conjoints.

Inconvénients

Le seul inconvénient prévisible est le temps requis pour les déplacements possibles, à l'implication personnelle pendant les séances et à l'investissement lié à la pratique d'exercices hors séance;

Risques pouvant découler de la participation

Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les séances, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou constatiez l'émergence d'inquiétudes, de manière comparable à ce que vous avez déjà éprouvé ce qui, pourrait s'avérer inconfortable pour certaines personnes. Des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez soutenue lors des séances, et ce, pendant toute la durée de l'étude. La thérapeute veillera à instaurer un climat sécurisant (p. ex., respect, non-jugement, acceptation) et s'assurera de son maintien pendant toute la durée de la psychothérapie. À tout moment, il est possible d'interrompre une séance pour vous reposer, poser une question ou exprimer vos inquiétudes et en discuter avec la thérapeute.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, d'y mettre fin sans avoir à justifier votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Si vous décidez de vous retirer de l'étude, le traitement de votre conjoint est maintenu s'il le désire. Cependant, les données recueillies ne pourront pas être utilisées dans le cadre de cette étude.

À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance. L'information sera conservée par le chercheur principal de l'étude durant cinq ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Compensation financière

Si vous acceptez de participer, vous et votre conjointe serez admissibles à un tirage au sort dans lequel vous aurez le choix de remporter une carte-cadeau d'une valeur de 200\$ valide soit chez

Toys "R" Us, soit au cinéma de votre région, soit au restaurant de votre choix. Ce tirage sera réalisé lorsque tous les participants auront complété l'évaluation deux semaines suivant la fin de la psychothérapie.

Veuillez me contacter au # de téléphone ou avec l'adresse courriel suivants dans le cas où je remporte le prix :

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de l'expérimentation. Un code numérique sera employé en remplacement de votre prénom et nom, et ce, sur chacun des documents et instruments utilisés. Vos données nominatives figureront seulement sur le présent formulaire de consentement qui sera conservé séparément des autres documents, ainsi que sur un fichier protégé par un mot de passe. Les questionnaires, les grilles d'entrevues cliniques semi-dirigées et les enregistrements audio des séances de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sécurisé dont la surveillance sera assurée par la responsable de la recherche. Toutes les données vous concernant seront conservées pendant une période maximale de cinq ans, calculée à partir de la fin de la collecte de données. Elles seront détruites à l'échéance de ce délai (instruments, papiers déchiquetés et fichiers de données supprimés). Il est possible que les résultats cliniques recueillis à l'aide des questionnaires et des entrevues cliniques fassent l'objet de communications scientifiques. Ils seront toutefois présentés de manière à garantir la confidentialité des données et à préserver l'anonymat des participantes et participants.

Si vous le désirez, vous pourrez être informée des résultats obtenus en contactant la thérapeute responsable.

Enregistrement audio

Tel que mentionné précédemment, l'étude nécessite l'enregistrement audio des entrevues cliniques d'évaluation et des séances de psychothérapie. Ils visent uniquement à assurer la supervision de la psychothérapie et l'application de la psychothérapie conforme au protocole de recherche. Ce matériel ne servira qu'aux fins de la présente étude. Ils seront aussi conservés pendant une période de cinq ans, suivant la fin de la collecte de données, et ils seront détruits à l'échéance de ce délai.

Surveillance des aspects éthiques et identification du CIUSSS de l'Estrée – CHUS

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrée – CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Pour toutes questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité en contactant le secrétariat du CÉR au 819 780-2220, poste 45386. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrée - CHUS au 1-866-917-7903.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (prénom et nom en lettres moulées), déclare avoir lu le présent formulaire, en avoir compris le contenu et en avoir reçu une copie à conserver dans mes dossiers personnels. Ainsi, je confirme ma compréhension quant à la nature et au type d'engagement qu'engendre la participation à l'étude. Enfin, j'ai eu l'occasion de poser les questions qui, de mon point de vue, méritaient d'être clarifiées et atteste de la satisfaction liée aux réponses rendues. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature de la participante _____

Signé à _____, le _____.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, Kathleen Gagnon, étudiante et chercheuse de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que l'équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la thérapeute et chercheuse principale _____

Signé à _____, le _____.

Je, M. Patrick Gosselin, directeur de recherche, superviseur et chercheur responsable de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du superviseur de l'étude _____

Signé à _____, le _____.

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (prénom et nom en lettres moulées), certifie avoir expliqué à la participante intéressée les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature _____

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (père)

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche mené au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Ce document vous renseigne sur les modalités de l'étude. S'il y a des mots dont vous ignorez la signification ou des phrases dont le sens vous paraît confus, n'hésitez pas à demander des précisions. Votre participation se verra confirmée, après avoir pris connaissance et accepté le contenu présenté, par l'apposition de votre signature à la fin de ce document.

Titre du projet de recherche et responsables

Efficacité d'une thérapie cognitive-comportementale combinée au soutien conjugal pour l'inquiétude et l'anxiété de nouveaux pères en période post-partum.

Kathleen Gagnon, doctorante en psychologie à l'Université de Sherbrooke, et Patrick Gosselin, directeur de recherche et professeur au Département de psychologie, sont responsables de ce projet. Si vous désirez obtenir des informations supplémentaires, vous pouvez rejoindre Mme Gagnon au 819-821-8000, poste 65616 ou M. Gosselin au 819-821-8000, poste 63811. Ce projet est réalisé dans le cadre de la thèse doctorale de Mme Gagnon.

Objectif du projet²

L'objectif de l'étude consiste à évaluer l'efficacité d'une psychothérapie adaptée pour l'anxiété et les inquiétudes excessives en période post-partum, combinée au soutien conjugal auprès de pères ayant eu un premier enfant. Plus spécifiquement, nous cherchons à déterminer quels sont les impacts de cette psychothérapie sur la tendance à s'inquiéter et l'anxiété, ainsi que sur certains facteurs associés (p.ex., qualité de vie, humeur, variables conjugales : soutien et satisfaction). Les interventions psychologiques rassemblées dans ce traitement sont inspirées de protocoles de thérapie ayant déjà montrés des bénéfices pour l'anxiété auprès d'autres populations.

Raison et nature de la participation

Votre éligibilité à la psychothérapie sera confirmée à la suite de deux rencontres en face à face. D'abord, nous commencerons avec une brève entrevue téléphonique et une rencontre d'évaluation individuelle d'une durée approximative de 120 minutes (c.-à-d., entrevue clinique semi-dirigée et passation de questionnaires). Ensuite, si votre intérêt et celui de votre conjointe vis-à-vis la participation à l'étude est maintenue, vous serez convoqué avec votre conjointe à la clinique du Laboratoire d'Étude sur l'Inquiétude et l'Anxiété (LEIA) du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke pour terminer l'évaluation psychologique. Cette rencontre, d'une durée approximative de 30 à 45 minutes, sera réalisée par la thérapeute responsable de l'étude. Votre conjointe devra alors remplir quelques questionnaires concernant sa perception de votre condition (C.-à-d. sur vos symptômes, votre humeur, sa propre satisfaction conjugale et sa perception du soutien reçu ou émis), ce qu'elle sera de nouveau invitée à faire après la terminaison du traitement (après deux semaines, trois mois et 12 mois). Les entrevues seront enregistrées sur bande audio pour en permettre une écoute ultérieure, et ce, afin d'assurer la qualité des entrevues. Enfin, une

² **Justification du recours à des êtres humains et du choix du groupe.** Les informations à ce sujet se retrouvent dans la section sur l'objectif et les buts ou la nature de participation. Dans ce cas-ci, le recours à des personnes vivant de l'anxiété et des inquiétudes est nécessaire pour la réalisation de cette recherche.

fois l'éligibilité officialisée, la thérapeute veillera alors à vous expliquer la démarche à suivre avant votre traitement.

Prétraitement

Des carnets d'auto-observation et une enveloppe-réponse timbrée vous seront remis lorsque votre éligibilité sera confirmée. Les carnets devront être retournés, selon le moment prescrit pour achever l'évaluation. Ces derniers devront être complétés sur une base quotidienne et serviront à mesurer les variations liées à votre niveau d'anxiété. Le temps estimé pour chaque inscription est d'environ une minute.

Une à trois semaines suivant votre évaluation, une première rencontre de psychothérapie aura lieu. Il est à noter que le délai d'attente pour commencer le traitement variera pour chaque participant, selon des intervalles préétablis en fonction du respect des exigences découlant d'une démarche scientifique. Sachez qu'il vous sera malheureusement impossible de modifier le délai qui vous sera prescrit. De ce fait, il est possible que vous débutiez votre traitement immédiatement (phase de traitement). Sinon, sachez que vous bénéficierez quand même d'un bref entretien téléphonique hebdomadaire avec la thérapeute pour la prise des mesures des carnets (c.-à-d., une dizaine de minutes). Toutefois, cette dernière veillera à s'abstenir de toute intervention thérapeutique visée par le traitement (phase de prétraitement). En regard de ce qui vient de vous être présenté, si vous avez l'impression que cette méthode ne vous convient pas, en tout temps, il sera possible de mettre fin à votre participation à l'étude. Dans ce cas, si vous le désirez, des références vers des ressources appropriées vous seront offertes.

Traitement

Vous bénéficierez gratuitement d'une psychothérapie (12 séances hebdomadaires), comprenant quatre séances avec votre conjointe. La psychothérapie vise le traitement de l'anxiété et des inquiétudes excessives. Le but des séances en présence des deux membres du couple consiste à aborder ce qui est fait en thérapie, à vérifier comment peut être soutenu le conjoint dans ses démarches de traitement et à maximiser et généraliser l'effet des stratégies d'intervention en tenant compte de la nouvelle réalité des deux conjoints. Les séances individuelles seront d'une durée de 60 minutes (séance 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10 et 12) et celles en couple d'une durée de 90 minutes (séance 4, 5, 8 et 11). Afin d'assurer la qualité du service rendu et le dénouement harmonieux du suivi, la thérapeute sera supervisée par un psychologue membre de l'Ordre des psychologues du Québec et possédant plus 20 ans de pratique dans l'intervention pour l'anxiété. Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de compléter des questionnaires portant sur votre état (symptômes et critères diagnostics du TAG, symptômes du trouble de personnalité borderline, variables cognitives comportementales ciblées par le traitement) et votre perception des dimensions conjugales (p.ex., soutien, satisfaction). Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres et entre les rencontres (seul ou au besoin, avec la conjointe). Votre conjointe sera invitée à participer aux exercices expérientiels réalisés en séance de couple et à vous soutenir dans la pratique de ses exercices personnels hors séance (p. ex., motivateur, guide).

Il est espéré que le soutien offert par la thérapeute, et par votre conjointe, favorise une meilleure gestion de l'anxiété. Les séances de psychothérapie individuelle auront lieu dans les locaux cliniques du Département de psychologie alors que les séances de couples pourront avoir lieu dans les locaux cliniques de l'université ou au domicile des participants. Ceci sera officialisé à la suite

d'un échange entre la thérapeute et les participants et selon certaines modalités (p. ex., lieu désiré, commodité, emplacement géographique).

Autres évaluations

En plus des questionnaires à remplir en début de traitement, il vous sera demandé de compléter quelques questionnaires, en version papier, deux semaines après la terminaison du traitement (évaluation de fin de traitement), ainsi qu'après des délais de 3 mois et 12 mois suivant la fin du traitement (évaluations de suivi). La plupart des questionnaires seront complétés lors d'une rencontre en face à face de 90 minutes. Les questionnaires restant pourront être complétés à la maison. La durée moyenne sera d'environ 45 minutes. Ces derniers pourront par la suite être retournés par envoi postal dans une enveloppe pré-affranchie qui vous sera donnée avec les questionnaires.

Moment et nature des évaluations :

En résumé, votre participation à cette étude consiste de compléter une entrevue téléphonique, une entrevue clinique individuelle, une entrevue clinique avec votre conjointe, des carnets d'auto-observations quotidiennes et une série de questionnaires selon les quatre temps de mesure préétablis. Votre participation nécessite de vous présenter à 12 séances de psychothérapie, dont huit séances individuelles de 60 minutes et quatre rencontres avec votre conjointe de 90 minutes, en plus d'accomplir des exercices à la maison, et ce, dans le but de traiter vos difficultés. Le tableau présenté à la fin du présent document résume la nature de la participation.

Avantages pouvant découler de la participation

Les pères bénéficieront, gratuitement, d'une évaluation psychologique et d'un traitement pour l'anxiété et les inquiétudes, dont les composantes ont déjà démontré leur efficacité dans d'autres contextes. De plus, cette étude permettra d'accroître la compréhension de l'impact et de l'efficacité d'un traitement adapté aux hommes souffrant d'anxiété post-partum et d'inquiétudes excessives. Il est aussi possible que l'étude oriente des travaux de recherche notamment, en proposant des composantes à inclure dans de futurs traitements offerts à des hommes aux prises avec une souffrance psychologique en période post-partum. Il est aussi possible que l'intervention, combinant une approche individuelle et conjugale, centrée sur le travail dans le moment présent, contribue à l'amélioration du bien-être des deux conjoints.

Inconvénients

Le seul inconvénient prévisible est le temps requis pour les déplacements possibles, à l'implication personnelle pendant les séances et à l'investissement lié à la pratique d'exercices hors séance;

Risques pouvant découler de la participation

Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les séances, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou constatiez l'émergence d'inquiétudes, de manière comparable à ce que vous avez déjà éprouvé ce qui, pourrait s'avérer inconfortable pour certaines personnes. Des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez soutenu lors des séances, et ce, pendant toute la durée de l'étude. La thérapeute veillera à instaurer un climat sécurisant (p. ex., respect, non-jugement, acceptation) et s'assurera de son maintien pendant toute la durée de la psychothérapie. À tout moment, il est possible d'interrompre une séance pour vous reposer, poser une question ou exprimer vos inquiétudes et en discuter avec la thérapeute.

Droit de retrait sans préjudice de la participation

Il est entendu que votre participation à ce projet est volontaire et que vous restez libre, à tout moment, d'y mettre fin sans avoir à justifier votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit. Si votre conjointe se retire de l'étude, le traitement est maintenu, si vous le désirez. Cependant, les données recueillies ne pourront pas être utilisées dans le cadre de cette étude.

À moins d'avis contraire de votre part, si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera rendue anonyme, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, coordonnées ou date de naissance. L'information sera conservée par le chercheur principal de l'étude durant cinq ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Compensation financière

Si vous acceptez de participer, vous et votre conjointe serez admissibles à un tirage au sort dans lequel vous aurez le choix de remporter une carte-cadeau d'une valeur de 200\$ valide soit chez Toys "R" Us, soit au cinéma de votre région, soit au restaurant de votre choix. Ce tirage sera réalisé lorsque tous les participants auront complété l'évaluation deux semaines suivant la fin de la psychothérapie.

Veillez me contacter au # de téléphone ou avec l'adresse courriel suivants dans le cas où je remporte le prix :

Dans le cas où vous souhaitiez vous désister de l'étude, vous devriez communiquer avec Kathleen Gagnon au 819-821-8000, poste 65616 ou à l'adresse courriel kathleen.gagnon2@USherbrooke.ca.

Confidentialité, partage, surveillance et publications

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de l'expérimentation. Un code numérique sera employé en remplacement de votre prénom et nom, et ce, sur chacun des documents et instruments utilisés. Vos données nominatives figureront seulement sur le présent formulaire de consentement qui sera conservé séparément des autres documents, ainsi que sur un fichier protégé par un mot de passe. Les questionnaires, les grilles d'entrevues cliniques semi-dirigées et les enregistrements audio des séances de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sécurisé dont la surveillance sera assurée par la responsable de la recherche. Toutes les données vous concernant seront conservées pendant une période maximale de cinq ans, dès la fin de la collecte de données. Elles seront détruites à l'échéance de ce délai (instruments papiers déchetés et fichiers de données supprimés). Il est possible que les résultats cliniques recueillis à l'aide des questionnaires et des entrevues cliniques fassent l'objet de communications scientifiques. Ils seront toutefois présentés de manière à garantir la confidentialité des données et à préserver l'anonymat des participantes et participants.

Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant la thérapeute responsable.

Enregistrement audio

Tel que mentionné précédemment, l'étude nécessite l'enregistrement audio des entrevues cliniques

d'évaluation et des séances de psychothérapie. Ils visent uniquement à assurer la supervision de la psychothérapie et l'application de la psychothérapie conforme au protocole de recherche. Ce matériel ne servira qu'aux fins de la présente étude. Ils seront aussi conservés pendant une période de cinq ans, suivant la fin de la collecte de données, et ils seront détruits à l'échéance de ce délai.

Surveillance des aspects éthiques et identification du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Pour toutes questions liées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du Comité en contactant le secrétariat du CÉR au 819 780-2220, poste 45386. Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au 1-866-917-7903.

Consentement libre et éclairé

Je, _____ (prénom et nom en lettres moulées), déclare avoir lu le présent formulaire, en avoir compris le contenu et en avoir reçu une copie à conserver dans mes dossiers personnels. Ainsi, je confirme ma compréhension quant à la nature et au type d'engagement qu'engendre la participation à l'étude. Enfin, j'ai eu l'occasion de poser les questions qui, de mon point de vue, méritaient d'être clarifiées et atteste de la satisfaction liée aux réponses rendues. Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Signature du participant _____

Signé à _____, le _____.

Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude

Je, Kathleen Gagnon, étudiante et chercheuse de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que l'équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature de la thérapeute et chercheuse principale _____

Signé à _____, le _____.

Je, M. Patrick Gosselin, directeur de recherche, superviseur et chercheur responsable de l'étude, déclare que les chercheurs collaborateurs ainsi que mon équipe de recherche sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche. Nous nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptible de modifier la nature de votre consentement.

Signature du superviseur de l'étude _____

Signé à _____, le _____.

Déclaration du responsable de l'obtention du consentement

Je, _____ (prénom et nom en lettres moulées), certifie avoir expliqué au participant intéressée les termes du présent formulaire, avoir répondu aux questions qu'il ou qu'elle m'a posées à cet égard et lui avoir clairement indiqué qu'il ou qu'elle reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. Je m'engage à garantir le respect des objectifs de l'étude et à respecter la confidentialité.

Signature _____

Résumé des étapes de l'étude et de la participation

[illegible]

